



Hacettepe Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDEN HİZMET ALAN ULUSLARARASI
HASTALARIN HİZMET KALİTESİNİ DEĞERLENDİRMELERİ**

Murat TUTAR

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2018

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDEN HİZMET ALAN ULUSLARARASI
HASTALARIN HİZMET KALİTESİNİ DEĞERLENDİRMELERİ

Murat TUTAR

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

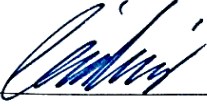
Yüksek Lisans Tezi

Danışman
Prof. Dr. İsmet ŞAHİN

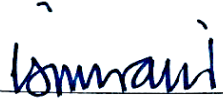
Ankara, 2018

KABUL VE ONAY

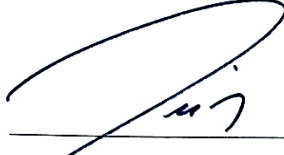
Murat TUTAR tarafından hazırlanan “Bir Üniversite Hastanesinden Hizmet Alan Uluslararası Hastaların Hizmet Kalitesini Değerlendirmeleri” başlıklı bu çalışma, 17.04.2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



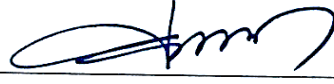
Doç. Dr. Gülsün ERİGÜÇ (Başkan)



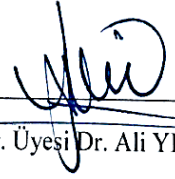
Prof. Dr. İsmet ŞAHİN (Danışman)



Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK



Dr. Öğr. Üyesi Ersen ALOĞLU



Dr. Öğr. Üyesi Dr. Ali YILMAZ

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Musa Yaşar SAĞLAM

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kâğıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- ☐ Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezim/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- ☒ Tezimin/Raporumun 3 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

17 Nisan 2018



Murat TUTAR

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

o Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

o Tezimin/Raporumun 17/04/2021 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

o Tezimin/Raporumun.....tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

o Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi


17 /04/2018

Murat TUTAR

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. İsmet ŞAHİN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Murat TUTAR

ÖZET

TUTAR, Murat. *Bir Üniversite Hastanesinden Hizmet Alan Uluslararası Hastaların Hizmet Kalitesini Değerlendirmeleri, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.*

Günümüzde küreselleşmenin getirdiği yoğun rekabet, bilgi ve teknolojiadaki hızlı ilerleme, her konuda bilgiye erişimin kolaylaşması ile birlikte artan beklentiler insan yaşamının tüm alanlarını etkilemektedir. Sağlık sektörü de, bu değişikliklerden en çok etkilenen sektörlerden birisidir. Tüketici olarak insan, sağlık konusunda eskiye göre çok daha hassas, ilgili ve bilinçli davranmaktadır. Artık hastalar, tedavi yanında bazı ek beklentilerle sağlık kurumlarına gitmekte ve bu beklentilere göre de aldıkları sağlık hizmetinin kalitesinin değerlendirilmesini yapmaktadırlar. Bilim ve teknolojiadaki gelişmeleri takip eden, değişen tanı ve tedavi yöntemleri ve müşterileri özel hissettirecek uygulamalar ile sundukları hizmetlerin kalitesini arttırmaya çalışan sağlık kurumları; bilinçlenen müşteriler ve artan toplumsal beklentiler karşısında, sağlık sektöründe faaliyet gösteren diğer işletmeler ile rekabet etmektedirler. Sağlık kurumları kendilerini yeni gelişmelere de uygun hale getirmek mecburiyetindedir. Bu kapsamda, küresel ölçekte son dönemde ilgi odağı olan konu sağlık turizmidir. Sağlık turizmi günümüzde uluslararası sağlık pazarında paylarını attırmak isteyen ülkelerin yoğun rekabet içerisinde oldukları bir alan olmuştur. Ulaşım alanında yaşanan gelişmelerle mesafelerin kısalmasına paralel olarak medikal ve alternatif tıp alanında beklemeksizin, ucuz ve kaliteli hizmet almak amacıyla seyahat etmek isteyen kitlelerin sayısı giderek artmakta, ülkeler ise bu mevcut talebi kendilerine çekmek için arz kaynaklarında cazibe yaratmaya çalışmaktadırlar.

Bu tez çalışmasında, hizmet kalitesinin arttırılabilmesi için mevcut kalite seviyesinin ölçülmesi gerekliliğine vurgu yapılarak; Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nden hizmet alan uluslararası hastalara yönelik SERVQUAL metodu ile hizmet kalitesi ölçümü yapılmıştır. Çalışmada, Aralık 2016-Mayıs 2017 tarihleri arasında, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nden hizmet alan 102 uluslararası hastaya ulaşılmıştır. Çalışmanın hipotezleri gereği, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nden hizmet alan bu hastaların, hizmet kalitesi beklentilerinin ve algılarının; cinsiyetleri, yaşları, eğitim durumları, medeni durumları, gelir durumları ve uyrukları açısından farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre; cinsiyet ve yaşa göre istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmazken, eğitim durumu ve medeni duruma göre istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Gelir durumu ve uyruklara göre ise, sadece algılarda istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler

Hizmet Kalitesi, Sağlık Turizmi, Müşteri/Vatandaş-Odaklılık, SERVQUAL

ABSTRACT

TUTAR, Murat. Service Quality Assessments of International Patients Receiving Service from A University Hospital, Master Thesis, Ankara, 2018.

Today, the intense competition brought by globalization, the rapid progress in information and technology, and the ease of access to information in every field, the increasing expectations affect all areas of our lives. The health sector is also one of the sectors most affected by these changes. As a consumer, human beings are much more sensitive, concerned and conscious about health than past. Patients are now going to health care facilities with some additional expectations besides treatment, and according to these expectations, they are evaluating the quality of the health-care service they receive. Health enterprises that follow the developments in science and technology and try to increase the quality of the services they offer by changing the diagnosis, treatment methods and the applications that make customers feel special competes for other business operating in the health sector in response to the increasingly conscious customer profile and increasing public expectations. Healthcare enterprises are obliged to adapt to new developments. In this context, the latest development is the "Health Tourism" which is emerged on the basis of globalization principle in health. Health tourism has become an area of intense competition among countries that want to increase their share in the international health market. Parallel to the shortening of the distance in the transportation field, the number of masses who want to travel in order to get cheap and high-quality services without waiting in medical and alternative medicine field is getting increased. Countries are trying to attract these requests.

In this thesis, service quality was measured by SERVQUAL method for international patients receiving service from Hacettepe University Adult Hospital by emphasizing the necessity of measuring the existing quality level to increase the service quality. In this study, 102 international patients were reached in the Adult Hospital of Hacettepe University between December 2016 and May 2017. According to the hypothesis of the study, it is examined that the quality of service expectations and perceptions of these patients whether vary according to gender, age, educational status, marital status, income status and nationality. According to the results of the research, gender and age were not statistically significant, but statistically significant differences were found according to educational status and marital status. According to income status and nationality, only a significant difference was found in perceptions in terms of statistics.

Keywords

Service Quality, Health Tourism, Customer / Citizen-Focused, SERVQUAL

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	iii
ETİK BEYAN.....	ii
ÖZET.....	v
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	xii
TABLOLAR DİZİNİ	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiv
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM GENEL BİLGİLER	4
1.1. HİZMETİN TANIMI VE GENEL ÖZELLİKLERİ	4
1.1.1. Hizmetin Tanımı.....	4
1.1.2. Hizmetin Özellikleri	6
1.1.2.1. Soyutluk.....	7
1.1.2.2. Dayanıksızlık	8
1.1.2.3. Değişkenlik	9
1.1.2.4. Ayrılmazlık	10
1.1.3. Hizmetlerin Sınıflandırılması	11
1.2. KALİTENİN TANIMI, ÖZELLİKLERİ VE BOYUTLARI	15
1.2.1. Kalitenin Tarihsel Gelişimi	15
1.2.2. Kalitenin Tanımı.....	17
1.2.3. Kalitenin Boyutları	18
1.2.4. Kalitenin Unsurları	20
1.2.4.1. Teknik Kalite (Tasarım Kalitesi)	20

1.2.4.2. Uygunluk Kalitesi (Üretim Kalitesi).....	21
1.2.4.3. Kullanım Kalitesi (Performans Kalitesi)	21
1.3. HİZMET KALİTESİ TANIMI, BOYUTLARI VE MODELLERİ.....	23
1.3.1. Hizmet Kalitesi Tanımı	23
1.3.1.1. Beklenen Hizmet Kalitesi	25
1.3.1.2. Algılanan Hizmet Kalitesi.....	26
1.3.2. Hizmet Kalitesi Boyutları.....	27
1.3.3. Hizmet Kalitesi Modelleri	30
1.3.4. Grönroos'un Algılanan Toplam Kalite Modeli	32
1.3.5. SERVPERF Hizmet Kalitesi Modeli	34
1.3.6. Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli	35
1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE.....	43
1.4.1. Sağlık Hizmetleri.....	43
1.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	44
1.4.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	46
1.4.4. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Kavramı	48
1.4.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	49
1.4.6. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları.....	51
1.4.7. Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Hizmet Kalitesi... ..	53
1.4.8. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü... ..	55
1.4.8.1. Stratejik Amaçlar ve Hedefler.....	56
1.4.8.2. Türkiye'de Hizmet Kalitesini Arttırmaya Yönelik Çalışmalar	57
1.5. SAĞLIK TURİZMİ.....	61
1.5.1. Sağlık Turizmi Kavramı	61
1.5.2. Sağlık Turizmi Türleri.....	62
1.5.3. Sağlık Turizmi Özellikleri.....	67

1.5.4. Dünyada Sağlık Turizmi	67
1.5.5. Türkiye’de Sağlık Turizmi	70
2. BÖLÜM GEREÇ VE YÖNTEM	75
2.1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ERİŞKİN HASTANESİ’NDE ANKET UYGULAMASI.....	75
2.1.1. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Uluslararası Hasta Koordinatörlüğü.....	75
2.1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	77
2.1.3. Araştırmanın Varsayımları ve Sınırlılıkları.....	77
2.1.4. Araştırmanın Yöntemi	78
2.1.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	78
2.1.6. Veri Toplama Yöntemi.....	78
2.1.7. Verilerin Analizi.....	80
2.1.8. Araştırmanın Hipotezleri	80
2.1.9. Güvenirlilik Analizi	81
2.1.10. Hizmet Alanların Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Uluslararası Hasta Koordinatörlüğü Hizmetlerinden Beklentileri ..	82
2.1.11. Hizmet Alanların Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Uluslararası Hasta Koordinatörlüğü Hizmetlerini Algıları	83
2.1.12. Beklenti ve Algılamaları Arasındaki Farkın Ölçümü.....	84
2.1.13. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Uluslararası Hasta Koordinatörlüğü Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranları	86
3. BÖLÜM BULGULAR.....	87
4. BÖLÜM TARTIŞMA.....	102
5. BÖLÜM SONUÇ ve ÖNERİLER	106
KAYNAKÇA.....	112
EKLER	129

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AHK	Algılanan Hizmet Kalitesi
ASQC	Amerikan Kalite Kontrol Derneği (American Society for Quality Control)
BHK	Beklenen Hizmet Kalitesi
EOQC	Avrupa Kalite Kontrol Örgütü (The European Organization for Quality Control)
ISO	Uluslararası Standartlar Organizasyonu (International Organization for Standardization)
JCI	Uluslararası Ortak Komisyon (Joint Commission International)
JIS	Japon Endüstri Standartlar (Japanese Industrial Standards)
M.Ö.	Milattan Önce
MR	Manyetik Rezonans
PIMS	Pazar Stratejisinin Kâra Etkisi (Profit Impact of Market Strategy)
SABİS	Sakarya Üniversitesi Bilgi Sistemi
SATURK	Sağlık Turizm Kurulu
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SERVPERF	Hizmet Performans Analizi (Service Performance Analysis)
SERVQUAL	Hizmet Kalite Analizi (Service Quality Analysis)
SKS	Sağlıkta Kalite Standartları
SMS	Kısa Mesaj Servisi (Short Message Service)
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TKY	Toplam Kalite Yönetimi
UN	Birleşmiş Milletler (United Nations)

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Hizmetin Tarihsel Tanımları.....	5
Tablo 2: Mal ve Hizmet Arasındaki Farklılıklar.....	6
Tablo 3: Hizmet Yapısına Göre Sınıflandırma	13
Tablo 4: Müşteriyle İlişki Türüne Göre Hizmetlerin Sınıflandırılması	14
Tablo 5: Müşteri İsteklerine Göre Hizmetlerin Sınıflanması.....	14
Tablo 6: Hizmet Kalitesinin Boyutları.....	30
Tablo 7: Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Tipleri.....	48
Tablo 8: Sağlık Turizmini Tetikleyen Sebepler	68
Tablo 9: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Uluslararası Hastaların Yıllara Göre Dağılımı.....	76
Tablo 10: Anket Sorularının SERVQUAL Boyutlarına Göre Dağılımı	79
Tablo 11: Alpha Güvenirlilik Testi	81
Tablo 12: Beklenen ve Algılanan Kalitenin Ortalama Frekansları	82
Tablo 13: Beklenen Kalite Skorlarının SERVQUAL Boyutlarına Göre Dağılımı	83
Tablo 14: Algılanan Kalite Skorlarının SERVQUAL Boyutlarına Göre Dağılımı ...	84
Tablo 15: Fark Skorlarının SERVQUAL Boyutlarına Göre Dağılımı.....	85
Tablo 16. Kolmogorov-Smirnov Testi Sonuçları.....	87
Tablo 17: Beklenen ve Algılanan Kalite Düzeylerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	88
Tablo 18: Beklenen ve Algılanan Kalite Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması	90
Tablo 19: Beklenen ve Algılanan Kalite Düzeylerinin Yaşa Göre Karşılaştırılması.	92
Tablo 20: Beklenen ve Algılanan Kalite Düzeylerinin Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması	94
Tablo 21: Beklenen ve Algılanan Kalite Düzeylerinin Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması	97
Tablo 22: Beklenen ve Algılanan Kalite Düzeylerinin Katılımcıların Milliyetlerine Göre Karşılaştırılması	99
Tablo 23: Araştırma Hipotezlerinin Kabul/Ret Durumları	107

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Teknik ve Fonksiyonel Kalite Modeli	33
Şekil 2: Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli	38
Şekil 3: Hizmet Kalitesinin Sürekli Ölçüm ve İyileştirilme Döngüsü Modeli	42
Şekil 4: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	47
Şekil 5: Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri.....	53
Şekil 6: Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı	59
Şekil 7: Medikal Turizmin Ana Unsurları	64
Şekil 8: Türkiye’de Son Yıllarda Sağlık Hizmeti Alan Uluslararası Hastalar	72
Şekil 9: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranları	86

GİRİŞ

Hizmet sektörünün en önemli kollarından bir tanesi kuşku yoktur ki sağlık sektörüdür. Günümüzde, maliyet artışını kontrol etme bakışının daha da önemli bir hale gelmesi, değişen müşteri tutum ve davranışları ve yoğun rekabet, diğer işletmelerde olduğu gibi sağlık kurumlarında da kalitenin önemini bir kat daha arttırmıştır. Sağlık kurumlarının sektörde rakiplerine karşı rekabet üstünlüğü kazanabilmeleri ve mevcudiyetlerini korumaları için sundukları hizmetlerin kalitesinin tanımlanması, ölçülmesi, değerlendirilmesi ve bu sonuçlara göre hareket edilmesi büyük önem arz etmektedir. İlk etapta hizmet kalitesini ölçmek gereklidir çünkü ölçülemeyen bir şey iyileştirilemez. Bunu sağlamak da ancak sağlıklı veriler ve sistematik ölçümlerle mümkündür. Bu nedenle hastanelerde verilen hizmetin kalitesini ölçmek, sunulan hizmet kalitesinin iyileştirilmesi adına ilk adım olacaktır (Işık, 2011).

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sağlık hizmetleri sektöründe son yıllarda önemli değişiklikler olmaktadır. Sağlık kuruluşlarının sayısının hızla artması nedeniyle rekabet yoğunlaşmakta; diğer yandan, yapılan düzenlemeler sonucunda, hastaların gerek özel hastanelerden gerekse kamu hastanelerinden, sağlık hizmetleri almalarının yolu açılmaktadır. Ayrıca, küreselleşen dünyada ülkeler arasında işbirliğinin ve imkânlarının artması, ulaşım da kolaylıklar sağlanması, sağlık hizmetlerinde kalitenin dünyanın farklı bölgelerinde de gelişmesi ve bu bölgelerde finansman olanaklarının ve bekleme sürelerinin iyileşmesi gibi sebeplerle rekabet sadece ulusal boyutla da sınırlı kalmamaktadır. Bu gelişmelere paralel olarak artık “Sağlık Turizmi” yeni bir kavram olarak sağlık yönetimi literatürüne girmiştir (SATURK, 2015).

Sağlık turizmi özünde turizm faaliyetleriyle birlikte sağlık hizmetinin de alınmasıdır. İnsanlar; teknoloji, iletişim ve ulaşım alanındaki gelişmeler, kendi ülkelerindeki uzun bekleme süreleri, bazı hastalıkların sigorta kapsamına alınmaması, daha ucuza daha kaliteli sağlık hizmeti alabilme olanaklarının artması gibi birçok nedenle sürekli ikamet ettikleri yer dışında farklı ülkelere seyahat etmektedirler (Cronin ve Taylor, 1994). Dünya çapında özellikle 2000’li yıllardan sonra hızla önem kazanan bu yeni tür turizmden daha fazla pay almak isteyen ülkeler yeni stratejiler geliştirmeye başlamış ve bu kapsamda özellikle sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırma çabalarına

girişmiştir. Sağlıklarını korumak veya yeniden kazanmak isteyen insanlar, beklenti ve tercihleri doğrultusunda en kaliteli ve güvenilir sağlık hizmetine ulaşma çabalarını artırmışlardır. Bu nedenle sunulan sağlık hizmetinin kalitesi ve müşteri memnuniyeti artan yoğun rekabet ortamında, önemli bir rekabet unsuru olarak görülmektedir (Hung, 2017).

Sağlık turizmi maddi imkânlarla doğrudan ilişkilidir. Avrupa ülkelerinde bazı sağlık hizmetlerinin sigorta dışı tutulması neticesinde bireyler, gelirlerine göre en uygun ülkeleri tercih etmeye başlamışlardır. Ayrıca Ortadoğu ve Afrika ülkeleri ile Türkiye Cumhuriyetlerinde de gerekli sağlık hizmetini bulamayan bireyler de bulunmaktadır. Bu yüzden bu ülkelerde bireyler şifa bulabilmek amacıyla turizm faaliyetini gerçekleştirmektedirler.

Türkiye sağlık turizmi açısından potansiyeli yüksek bir ülkedir. Tıbbi teknolojileri kısıtlı Ortadoğu ve Kuzey Afrika ülkelerine coğrafi olarak yakınlık ve aynı dine mensup olunması, Orta Asya'daki Türk devletlerine (Türkmenistan, Azerbaycan, Özbekistan, Tacikistan vb.) yakın mesafede olunması, tedavi ücretleri yüksek Avrupa ülkelerine coğrafi yakınlık ve diğer turizm çeşitlerinin mevcut olması, hem tedavi olup hem de tatil yapma imkânları gibi nedenlerle Türkiye sağlık turizmi konusunda avantajlı konumdadır ve bu avantajını özellikle son yıllarda kullanmaya başlamıştır (Özgül, 2014).

Sağlık turizminde müşteri memnuniyeti sunulan hizmetin kalitesi ile doğrudan ilişkilidir. Bu yüzden sunulan hizmetin kalitesinin ölçülmesi gerekmektedir. Hizmet kalitesinin ölçülmesi konusunda en doğru ölçüm yöntemini bulmak amacıyla birçok araştırmacı farklı modeller geliştirmiştir. SERVQUAL (Service Quality), SERVPERF (Service Performance), KANO Modeli, Grönroos'un Algılanan Toplam Kalite Endeksi, bu ölçme modellerinden bazılarıdır. Bu ölçüm modellerinden özellikle sağlık sektöründe en sık kullanılan model 1980'li yıllarda Parasuraman ve arkadaşları tarafından geliştirilen SERVQUAL ölçeğidir. Ölçek, sunulan hizmet kalitesi konusunda müşteri beklentileri ve algıları arasındaki farkın ortaya çıkarılması temeline dayanmaktadır (Rodrigues vd., 2013).

Bu çalışmada, sağlık turizmi ve hizmet kalitesi konuları üzerine odaklanılmıştır. Bu araştırmanın amacı Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde uluslararası hastalara verilen sağlık hizmetinin kalitesini ölçmek, mevcut durumu ortaya çıkarmak ve hizmet kalitesini geliştirme önerilerinde bulunmaktır. Elde edilen verilerin analiziyle uluslararası hastaların beklentilerinin hangi düzeyde karşılandığı, müşteri memnuniyeti, algılanan hizmet kalitesi ve müşteri sadakati arasındaki ilişki ortaya çıkarılması amaçlanmaktadır. Çalışma üç ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, hizmet, kalite ve hizmet kalitesi konuları kavramsal olarak incelenmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde sağlık sektörü özelinde hizmet kalitesi üzerine odaklanılmış ayrıca sağlık turizmi kavramı, Dünya ve Türkiye’de sağlık turizmi çalışmaları incelenmiştir. Çalışmanın üçüncü ve son bölümünde, araştırmanın amacı, önemi, modeli, araştırmanın literatüre katkısı ve elde edilen verilerin analizi sonucu ortaya çıkan tanımlayıcı bulgular, güvenilirlik analizi, Mann-Withney U testi, Kruskal Wallis testine ilişkin bulgular sunulmuştur. Üçüncü bölümünden sonra ise tartışma, sonuç ve öneriler yer almaktadır.

1. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. HİZMETİN TANIMI VE GENEL ÖZELLİKLERİ

1.1.1. Hizmetin Tanımı

Hizmet oldukça karmaşık ve tanımlanması güç bir kavramdır. Hizmetin, çeşitli araştırmacılar tarafından çok fazla tanımlanıldığından ve çok geniş alana yayılmış çok fazla çeşidi olmasından dolayı henüz herkes tarafından kabul görmüş ortak bir tanımla bulunmamaktadır.

Türk Dil Kurumu hizmeti, “Birinin işini görme veya birine yarayan bir işi yapma” şeklinde tanımlamıştır (TDK, 2018). Bununla birlikte literatürde hizmetin tanımıyla ilgili olarak farklı kişiler tarafından farklı tanımlar yapılmıştır. Şekerkaya (1997)’nın Quinn ve arkadaşlarından aktardığına göre hizmet “Soyut sonuç üreten, genellikle üretim ve tüketimi eş zamanlı olan, müşteriye çeşitli soyut katkılar sunan tüm ekonomik faaliyetler”dir. Collir’e göre hizmet; üretilmesi ile tüketilmesi aynı anda gerçekleşen faaliyetlerdir. Hizmet, müşteri isteklerini tatmin eden ve fiziksel bir varlığı olmayan faaliyettir. Hizmetler, hareketler, süreçler ve performanslardır (Albacete-Saez vd., 2007). Kotler, hizmetlerin; “Esasen dokunulamaz, sonucunda hiçbir şeyin sahiplenilemediği, bir grup insanın diğerlerine önerebileceği herhangi bir faaliyet veya fayda” olduğu ve “söz konusu hizmetin üretiminin fiziksel bir mala bağlı veya bağlı olmayabileceğini” bildirmiştir (Şekerkaya, 1997). Kotler’e göre; hizmet bir tarafın diğer tarafa sunduğu soyut faaliyetlerdir ve bu durum bizi herhangi bir şeyin sahibi olma sonucuna götürmez (Tüfekçi ve Tüfekçi, 2006). Goetsch ve Stanley (1998) hizmeti, “Müşteri için arzulanan işin yapılmasıdır” şeklinde tanımlarken (Goetsch ve Stanley, 1998), Parasuraman, Zeithaml ve Berry ise “çıktısı fiziksel ürün olmaksızın, zaman, mekân, biçim ve psikolojik açıdan fayda sağlayan ticari faaliyetler” olarak tanımlamıştır (Ayman, 2005).

Kotler’e göre ise, hizmet, nihai olarak sahip olma ile sonuçlanmayan, anlık katkı sağlayan, esasen somut olmayan, bir işletmenin müşterisine sunduğu faaliyetlerdir (Kotler, 1994).

Hizmet tanımının tarihsel olarak değişimine bakıldığında, bu tanımın altı dönemde ele alınabileceği söylenebilir. Sanayi devriminden önce hizmet denildiğinde, tarım dışında kalan ticari faaliyetler akla gelirken, iktisadın ayrı bir bilim dalı olarak görülmesinde ciddi katkıları olan iktisatçıların fikirleri ile birlikte hizmetin tanımı ve kapsamı değişim eğilimi göstermiştir. Adam Smith’e göre hizmet, “Nihai olarak somut bir mal üretimi meydana getirmeyen tüm faaliyetler” iken John Baptise Say hizmeti, “Mamullere katkı sağlayan, üretim dışı tüm faaliyetler” olarak tanımlamıştır. Bahsi geçen iktisatçılardan sonra yaşamış olan Alfred Marshall ise hizmeti, “Üretildiğinde varlıklarını kazanan tüm mallar” olarak görmüştür. Daha sonra hizmet gelişmiş batı toplumlarında, “Bir malda biçimsel değişime sebep vermeyen tüm faaliyetler” olarak görülmüştür. Hizmetin tanımı konusunda 1980’lerdeki yaklaşım ise, “Mamulün yapısında değişiklik oluşturmeyen tüm faaliyetler” şeklindedir. Günümüzde hizmet tanımında kullanılan temel argümanlar ise, soyutluk (intangibility), dayanıksızlık (perishability), değişkenlik (variability) ve ayrılmazlık (inseparability) ilkeleridir. Hizmetin tanımlanmasında tarihsel değişimler Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: Hizmetin Tarihsel Tanımları

Fizyokratlar (-1750)	Tarım dışında kalan tüm ticari faaliyetler.
Adam Smith (1723-1790)	Nihai olarak somut bir mal üretimi meydana getirmeyen tüm faaliyetler
J. B. Say (1767-1832)	Mamullere katkı sağlayan, üretim dışı tüm faaliyetler
Alfred Marshall (1842-1924)	Üretildiğinde varlıklarını kazanan tüm mallar.
Batı Ülkeleri (1925-1960)	Bir malda biçimsel değişime sebep vermeyen tüm faaliyetler.
1980’lerde hizmet tanımı	Mamulün yapısında değişiklik oluşturmeyen tüm faaliyetler
2000’lerde hizmetin tanımı	Soyutluk, dayanıksızlık, değişkenlik, ayrılmazlık sahip olamama ilkelerine sahip ürünler

Kaynak: Cowell, 1984; Irene vd., 2011

Hizmete örnek vermek gerekirse, bir arabanın restoranın vale servisi ile park edilmesi, bir avukatın müvekkilini savunmaya yönelik etkinlikleri, bir doktorun hastasını muayene etmesi, bir yazılım firmasının sunduğu danışmanlık, bakım-onarım gibi alıcıya dönük etkinlikleri ve bir sigorta şirketinin belli bir riske karşı bir malı korumaya yönelik sigortalama etkinlikleri ve hastanelerde sunulan tanı-teşhis-tedavi işlemleri hizmet olarak değerlendirilir. Ayrıca, sağlık turizmi kapsamında Türkiye'ye gelen uluslararası hastalara sunulan her türlü tanı-teşhis ve tedavi işlemleri hizmete örnek olarak verilebilir.

Sonuç olarak hizmet, kolay ziyan olabilen, görülemeyen, koklanamayan, mallar gibi müşteri beklentilerinin karşılanması için bir ücret karşılığı sunulan, çeşitlilik arz eden bu yüzden de standardizasyonu kısmen sağlanabilen soyut faaliyetler bütünü olarak tanımlanabilir.

1.1.2. Hizmetin Özellikleri

Hizmetleri, fiziksel mallardan ayıran birtakım özellikler vardır. Bu durum hizmetlerin pazarlamasında bazı değişiklikleri zorunlu kılmaktadır. Tablo 2'de bu farklılıklar verilmektedir.

Tablo 2: Mal ve Hizmet Arasındaki Farklılıklar

MALLAR	HİZMETLER
Müşteri üretim anında üretim yerinde bulunmak zorunda değildir.	Çoğu hizmet türü için müşterinin üretim anında üretim yerinde bulunması gerekir.
Üretim sermaye yoğunudur.	Üretim çoğunlukla emek yoğunudur.
Somut ve genel olarak stoklanabilir.	Soyut ve çoğunlukla stoklanamaz.
Genellikle tüketim üretimden sonra gerçekleşir.	Çoğu zaman üretim ve tüketim birlikte gerçekleşir.
Ürün değişimi çoğu zaman mümkündür.	Hizmetin geri çağırılması mümkün değildir.
Üretimde standardizasyon vardır.	Üretimde standardizasyon mümkündür ancak zordur.
Kalitenin ölçümü kolaydır.	Kalitenin ölçümü zordur.
Ürünün tekrar satışı mümkündür.	Hizmetin tekrar satışı mümkün değildir.
Tüketiciler çoğunlukla satın alma işlemini rasyonel verilere dayanarak yaparlar.	Tüketicilerin satın alma işlemini yaparken duyguları daha önemlidir.

Kaynak: Kumar, 2010

Hizmeti daha anlaşılır hale getirmek için hizmetin kendine has özelliklerinden bahsedilmesi doğru olacaktır. Bu konuda, hizmetin tanımlarında olduğu gibi özellikleri konusunda da araştırmacılar çeşitli görüşler ileri sürmüşlerdir. Birçok araştırmacı tarafından birçok özellik dile getirilmiştir. Ancak ortak olarak hemen hemen üzerinde birleşilen husus, hizmetin soyutluk (intangibility), dayanıksızlık (perishability), değişkenlik (variability) ve ayrılmazlık (inseparability) olmak üzere dört önemli özelliği olduğudur.

1.1.2.1. Soyutluk

Malları hizmetlerden ayıran en temel özellik, hiç kuşkusuz hizmetlerin soyut malların ise somut olmasıdır. Hizmetlerin dokunulmazlığı, fiziksel bir varlığa sahip olmamalarıdır. Hizmet işletmelerinde üretim fiziksel mal üretiminden farklı olarak, somut olarak gerçekleşmez. Başka bir deyişle, hizmetler fiziksel mallardan farklı olarak sunulmadan görülemez, hissedilemez, tadına bakılamazlar. Bundan dolayı müşteriler hizmeti satın almadan önce elde edeceği faydayı hayalinde canlandıramaz. Hizmet aslında somut bir kavram değildir, bir performanstır. Bu yüzden hizmet işletmelerinin müşterilerini iyi anlaması gerekmektedir. Çünkü müşterilerinin beklentilerini iyi anlayan yani müşterinin hizmette kaliteyi nasıl tanımladığını bilen işletmeler başarılı olmaktadır. Ancak bunu başarabilmek, yani müşteri nezdinde kaliteli hizmet sunabilmek oldukça güçtür (Günel, 2007).

Hizmetler soyut, yani fiziksel varlığı olamayan ürünlerdir. Müşteriler bu soyutluktan dolayı aldıkları hizmetin kalitesini ölçmek için somut bir takım bilgiler bulmaya çalışırlar. Bunlar genellikle hizmet sunulan ortam, hizmet sunan çalışanlar, kullanılan ekipmanlar, fiyat ve bekleme süreleridir. Bundan dolayı, eğer hizmet işletmeleri müşterilerinin aldıkları hizmeti değerlendirip hizmeti aldıktan sonra memnun olmalarını istiyorlar ise, işlerini somutlaştırmaları yararlarına olacaktır. Çünkü bu sayede müşteriler somut değerlere göre karar verebilirler (Avcı ve Nadiri, 2000).

Hizmetlerin soyutluk özelliğine bağlı olarak öne çıkan özellikler aşağıdaki şekilde ifade edilebilir (Kotler, 1994);

- a) Hizmetlerin, "patent" ile korunmaları çoğu zaman mümkün değildir.
- b) Bazı hizmetlerin tanıtımı için reklam amaçlı teşhir faaliyetlerinin yapılması mümkün değildir.
- c) Hizmetlere fiyat biçmek mallar kadar kolay değildir. Mallarda ürünün mal edilme maliyetinin hesaplanması kolayken, hizmetlerde birim maliyetin hesabı hizmetlerin soyut olmasından dolayı mallar kadar kolay değildir.
- ç) Hizmetlerin soyutluluk özelliği gereği müşterilerin kalite ölçütleri belirleyip bu ölçütlere göre hizmet kalitesini değerlendirmeleri mallara göre daha zordur. Çünkü hizmet sektörü için standart ölçütler belirlemek üretim sektörü kadar kolay değildir.

1.1.2.2. Dayanıksızlık

Hizmetler üretildikleri anda tüketildiklerinden malların aksine stoklu üretim söz konusu olmayıp talebe göre ve anlık soyut üretim söz konusudur. Bu nedenle stoklanmaya veya bekletilmeye uygun değildir (Boone ve Kurtz, 1989). Ancak, bazı hizmet türlerinde ani talep artışları karşısında hizmeti sunanların esnek çalışmaları sağlanarak bu talep artışları karşılanabilir. Mallar stoklanarak arz-talep arasındaki dalgalanmaları gidermek mümkün iken, hizmetlerde böyle bir imkân yoktur. Örnek verecek olursak sinemada boş bir koltuğun bir gün, bir seansta veya bir dönem içinde satılamaması halinde, bunları sonraki bir güne veya döneme saklamak imkânı yoktur (Şekerkaya, 1997). Bir otobüsün ya da bir uçağın koltukları seyahat esnasında dolu değilse, stoklanarak ileri bir tarihte kullanmak mümkün değildir. Diş hekimi, avukat ve kuaför gibi hizmet sunumu yapılan mesleklerde atıl kalan zamanlar tekrar kullanılamaz (Aydın, 2005).

Hizmetler standart olarak arz edilmezler, hizmetlere olan talep dönemsel olarak değişmektedir. Yani gün içinde bazı saatlere, hafta içerisinde bazı günlere ve hatta yıl içerisinde mevsimlere göre değişmesi söz konusudur. Bu durum da doğal olarak hizmet işletmesinin arz talep dengesini sağlamak için düşünmesini gerektirmektedir. Talepte bir düzen olmadığında, hizmet işletmeleri üretim ve arz sorunlarıyla karşılaşmaktadır. Talebin yoğun olduğu zamanlarda personel sayısı yetersiz kalacağından müşteriye hizmet sunumu zorlaşacak ve bu durum sunulan hizmetin kalitesine de olumsuz olarak yansımaktadır. Bu durumda çalışan ve ekipman sayısını arttırmak gerekecektir. Ters

durumda ise talep yetersiz kalacak mevcut kapasite dolmayacak ve işletmenin fazla personel ve ekipman sebebiyle atıl çalışması söz konusu olacaktır. Bu iki durumda istenmeyen durumlardır. Üretim sektöründe malların tüketilmemesi halinde sonradan satılabilmesi imkânı olmasına rağmen, hizmet sektöründe tüketilemeyen hizmet yitirilmiş olacaktır. Hizmetin dayanıksızlık özelliğine otelcilik sektöründen örnek verilebilir. 100 odalı bir otel herhangi bir günde sadece 60 odasını satabilmişse, boş kalan 40 odanın gelirinden sonsuza kadar mahrum kalacaktır. Çünkü ertesi gün 140 oda satması mümkün değildir (Kotler, 1994).

Hizmetlerin, çoğunlukla somut olmaması ve stoklanamaması bazı sorunlara sebep olabilmektedir. Bu sorunlara bağlı olarak, talep tahmini ve kapasite kullanımının planlanmasında da problemler yaşanabilir. Bu sorunlarla ilgili olarak önerilen pazarlama stratejileri; talepte belli zamanlarda meydana gelen dalgalanmaları azaltacak stratejiler geliştirmek, talep ve kapasite arasında en yakın uyumu gerçekleştirecek düzenlemeler yapmak ya da talebi en makul şekilde öngörmektir (Sasser, 1976).

1.1.2.3. Değişkenlik

Hizmet sektörünün emek-yoğun olmasından dolayı insan faktörü çok önemlidir. Üretim sektöründe geçen seneler otomasyonu yaygınlaştırmasına rağmen bu durum hizmet sektöründe çoğu zaman mümkün değildir. İnsan faktörünün çok etkin olarak kullanılmasının bir sonucu olarak da, hizmette bir standart oluşturmak zorlaşmıştır.

Hizmetin kalitesi, nerede, nasıl ve ne zaman sunulduğuna ama onlardan önemlisi özellikle de hizmetin sunumunu yapan kişiye bağlıdır. İnsanlar doğası gereği mallara nazaran daha fazla değişkenlik gösterirler. Hizmeti sunanın değişmesi halinde hizmetin kalitesinin değişmesi bir yana, aynı kişi bile farklı zamanlarda aynı hizmeti sunduğunda aynı kaliteyi sağlamayabilir; çalışanlar kimi zaman nazik, anlayışlı ve sakin iken kimi zaman ise sinirli, saldırgan ve kaba olabilir. Bu, hizmeti verenin psikolojik durumu, yoğunluk durumu, müşteriler ile iletişim kurabilme yeteneği ve karakter özellikleri gibi çeşitli etmenlerden kaynaklanır (Bose, 2010). Ayrıca hizmetlerin insan becerisine dayalı bir yapısının olması, hizmetlerin tüketiciye sunumu esnasında farklılaşmaların

yaşanmasına ve bu nedenle hizmette belli bir standardizasyonun oluşturulmasının da güçleşmesine neden olacaktır (Surprenant ve Solomon, 1987).

Bu konularda önemli araştırmaları olan Ghobadian ve arkadaşlarına (1994) göre; bazı faktörler, hizmetlerin homojenlik oranını değiştirebilmektedir. Her şeyden önce, hizmetin müşteriye sunumu, hizmet sağlayıcı ve tüketici arasında bir etkileşime sebep olmaktadır. Hizmeti sunan tarafın müşteriye davranış ve tutumları, müşterinin kalite konusundaki algılarını etkilemektedir. Hizmeti sunan taraf, çoğunlukla insan olduğundan hizmet sunumunu gerçekleştiren tarafta bir standardizasyon sağlamak zordur. Hizmet işletmesinin müşteriye sunmak istediği ile fiili olarak sunduğu hizmet birbirinden tamamıyla farklı olabilmektedir. İkinci olarak, hizmet operasyonları müşterinin ihtiyaçlarının doğru olarak tanımlanmasına bağlıdır. Bilginin temin edilmesi, doğruluğu ve hizmet sağlayıcının bu bilgiyi yorumlama yeteneği tüketicinin hizmet kalitesi algısı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Çünkü yanlış anlaşılan müşteri ihtiyaçları doğru müşteri ürünü oluşturmayacaktır. Üçüncü olarak, tüketicinin öncelikleri ve beklentileri tüketici hizmeti her kullandığında ya da zamana bağlı olarak değişebilir. Yani, öncelikler ve beklentiler teslimat sürecinde bile değişebilir. İşte bu özellikler sebebiyle hizmetin, dönemden döneme ve/veya müşteriden müşteriye değişkenlik göstermesi, kalitenin sağlanmasını ve bu konuda standardizasyonu zorlaştırmaktadır. Hizmet sağlayıcı işletmeler bu konuda büyük ölçüde, tüketicinin isteklerini anlama ve bu isteklere cevap vermek konusunda personelin becerilerine bel bağlamak durumundadır.

1.1.2.4. Ayrılmazlık

Hizmetlerden farklı olarak, malların üretilmesi ve tüketilmesi ayrı zamanlarda gerçekleşir. Bu yüzden, müşteri ile satıcının genellikle en son aşamada yani satışta ilişkisi kurulur. Hizmetlerde ise bu durum çoğu zaman tam tersidir; bir başka deyişle, hizmetlerin üretimi, satışı ve tüketimi, çoğunlukla eş zamanlı olarak gerçekleşir, yani hizmetler, genelde üretildiği anda tüketilirler. Bu yüzden, hizmet işletmesi ile müşteri hizmetin üretimi ve müşteriye satışı dâhil tüm süreçte iletişim halindedirler ve hatta müşteri üretim aşamasına bazen aktif olarak dahi katılır. Örnek olarak bir doktorun stetoskop ile muayene sürecinde hastanın derin nefes alıp vererek sürece destek vermesi

söylenebilir. Bu durumda iki sonuca ulaşılabilir: İlki, genelde hizmet üretici ile sunumu yapan ve satışı gerçekleştirenin aynı kişi olmasından dolayı bu kişinin hizmetin bir parçası olmasıdır. Bir başka deyişle hizmet, üreticisi, sunumu yapan ve satışını yapan kişiden ayrılamaz. Aynı anda üretim ve tüketim ikinci olarak da, tüketicinin hizmetin hazırlanması sürecinde aktif olarak bulunması olarak kendini göstermektedir. Yani müşteriler hizmetin üretim sürecinde çoğu zaman müdahil olmaktadır. Örnek olarak, yeme-içme, kuaförlük, ulaşım ve sağlık gibi birçok hizmeti verebiliriz (Sayım ve Aydın, 2011).

Her ne kadar birçok hizmet türünde ayrılmazlık ilkesi gereği üretim ile tüketim aynı anda gerçekleşse de bazı istisnai durumlar da mevcuttur, örneğin, tatil için yapılan erken rezervasyonlar ya da doğum için önceden belirli bir hastane ile ön anlaşma yapmak.

1.1.3. Hizmetlerin Sınıflandırılması

Bilimsel çalışmalar incelendiğinde hizmetin çeşitli şekillerde sınıflandırıldığı görülmektedir. Bir bilim dalının ilk gelişme zamanlarında yapılan sınıflandırmalar daha sonraki dönemlerde bu konuda çalışmalar yapan araştırmacılar için yol gösterici olarak kullanılmaktadır. Bu yapı özellikle pazarlamada çok görülür. Örneğin, ilk düşünce okulları ticaret ve pazarlama uygulamaları yığınına eylemler, işlevler, kurumlar ve ürünler için kategoriler oluşturarak düzene sokabilmişlerdir (Waterschoot ve Bulte, 1992).

Hizmet sektörünün en önemli özelliği hizmetin çeşitliliğidir. Hizmet işletmeleri bankacılık, ulaşım, sigorta, otelcilik gibi çok geniş ve çok uluslu şirketler olabilirken, kuaförler, lokantalar, taksiler, temizleme işletmeleri, satış mağazaları gibi küçük ve yerel de olabilmektedirler (Örs, 2007).

Hizmetlerin sınıflandırılmasındaki esas amaç aslında mallardan farklı değildir. Benzerlik gösterenlerin bir araya toplanması ve bu sayede benzer hizmetlerin beraber incelenerek derli toplu bir çalışma ortamı bulunmasıdır. Ancak hizmetlerin sınıflandırması için yapılan çalışmalarda bu sınıflandırması işlemin sanıldığı kadar kolay olmadığı görülmüştür. Çünkü hizmetler birbirinden çok farklı özellikler taşımaktadır ve bu yüzden de hizmetleri sınıflandırma işlemi yapılırken çok fazla grup

oluşmaktadır. Hizmetlerin sınıflandırılması bu sebeple daha da fazla önem arz etmektedir (Seyran, 2004).

Hizmet sektöründeki sınıflandırmanın zor olmasının sebebi özetle hizmetlerin çok farklı ve çok çeşitli olmalarıdır. Örneğin, uluslararası bir banka zincirini, bir kuaförü ya da bir sağlık muayenesini aynı hizmet grubu içinde incelemek olanaksızdır. Farklı hizmetlerin ortak özelliklerinden yola çıkarak yapılan bu sınıflamaların amacı karar vericilerin karar vermesine destek sağlamaktır (Öztürk, 2003).

Birleşmiş Milletler tarafından hazırlanan merkezi ürün sınıflandırmasına (Central Product Classification) göre hizmetler 5 ana başlık altında gruplandırılmaktadır (UN, 2018).

1. İnşaat hizmetleri
2. Dağıtımıcı ticaret hizmetleri, konaklama, yiyecek ve içecek servis hizmetleri; Ulaştırma servisleri ve kamu hizmetleri dağıtım hizmetleri
3. Mali ve ilgili hizmetler; Gayrimenkul hizmetleri ve kiralama ve leasing hizmetleri
4. İş ve üretim hizmetleri
5. Topluluk, sosyal ve kişisel hizmetler (Sağlık hizmetleri bu kategori içerisinde yer almaktadır)

Genel kabul gören sınıflandırmaya göre hizmetleri, müşterilerin katılım düzeylerine göre de üç grupta incelemek mümkündür. Birincisi, düşük katılımlı hizmetlerdir. Bu tür hizmetlerde sadece müşterinin varlığı yeterli olabilmektedir (Bir otelde kalmak gibi). İkincisi, orta katılımlı hizmetlerdir. Bu hizmetler, hizmetin hazırlanması için müşterinin bilgi düzeyinde katılımının gerektiği hizmetlerdir (Saç kesimi gibi). Üçüncüsü ise yüksek katılımlı hizmetlerdir. Bunlar, müşterinin aktif olarak katılımının gerektiği hizmetlerdir. Bu hizmetlerde müşteri, üretim sürecinde ortak konumundadır. (Hastanede muayene olma gibi). Katılım düzeyi farklı olan hizmetlerde, müşterilerin katılımına bağlı olarak hizmetin kalitesi ve tatmin düzeyinin algılanma derecesi de değişebilmektedir (Küçükaltan, 2007).

Tablo 3’de gösterildiği gibi hizmetler alıcısına ve soyutluğuna göre de sınıflandırılabilir ve bu, işletmelere hizmet üretimi sırasında müşterinin bulunup bulunmayacağı konusunda fikir vermek için kullanılabilir (Işın, 2012).

Tablo 3: Hizmet Yapısına Göre Sınıflandırma

Hizmet Yapısı	Hizmet Kime veya Neye Yönlendirilmiştir	
	İnsan	Madde (Nesne)
Somut Faaliyetler	İnsan Bedenlerine Yönelik Hizmetler	Somut Unsurlara Yönelik Hizmetler
	• Yolcu Taşımacılığı	• Nakliye ve Depolama
	• Sağlık	• Tamir-Bakım
	• Konaklama	• Çamaşır ve Kuru Temizleme
	• Güzellik Salonu	• Atık Kâğıt
	• Kuaför	• Çim Bakımı
Soyut Faaliyetler	İnsan Bedenlerine Yönelik Hizmetler	Soyut Unsurlara Yönelik Hizmetler
	• Eğitim	• Muhasebe
	• Reklam/Halkla İlişkiler	• Veri İşleme
	• Sanat ve Eğlence	• Yatırım
	• Psikoterapi	• Hukuk
	• Bilgi	• Programlama

Kaynak: Işın, 2012

Hizmetlerin sınıflandırılmasında birçok farklı kriter kullanılmaktadır. İşletme ile müşteri arasındaki ilişki türüne göre; devamlı üyelik ilişkisi ile yürütülen, devamlı biçimsel bir ilişki olmaksızın yürütülen, üyelikle ara ara hizmetten yararlanılan ve hizmetten biçimsel bir ilişki olmadan ara ara yararlanılan hizmetler olmak üzere gruplara ayrılmaktadır. Tablo 4’te görüldüğü üzere, işletmeyle müşteri arasında biçimsel bir ilişki olmadığı ve hizmetlerin süreklilik arz etmediği anlaşılmaktadır (Uygur, 2007).

Tablo 4: Müşteriyle İlişki Türüne Göre Hizmetlerin Sınıflandırılması

Hizmetin Doğası	Hizmet İşletmesi ve Müşteri Arasındaki İlişki Tipine Göre	
	Üyelik Gerektiren	Üyelik Gerektirmeyen
Sürekli Hizmetler	• Sigorta	• Radyo İstasyonu
	• Telefon	• Polis Koruması
	• Bankacılık	• Deniz Feneri
	• Otomobil Kulübü Üyeliği	• Karayolu
Aralıklı Hizmetler	• Mavi Kart Abonesi Olma	• Araba Kiralama
	• Kombine Maç Bileti	• Posta Hizmetleri
		• Restoran ve Sinema

Kaynak: Işın, 2012

Fiziksel malların müşteriler tarafından özel sipariş olarak talep edilmesi çok rastlanan bir durum değildir. Genellikle müşteriler onlara sunulan standart ürünlerden istediklerini seçerler. Endüstriyel mallarda müşterinin inisiyatif alanı biraz daha fazla olsa da bu gerçeğin hizmetler için de geçerli olduğu söylenemez. Hizmetlerin üretimi ve tüketimi eş zamanlı olduğundan, hizmetlerde müşteri tabanlı düzenleme imkânı çok yüksektir (Öztürk, 2003). Tablo 5’de hizmet işletmesinin esnekliği ve inisiyatif kullanma durumuna göre yapılan sınıflandırılmaya yer verilmiştir.

Tablo 5: Müşteri İsteklerine Göre Hizmetlerin Sınıflanması

Müşteriyle İlişkide Olan Personelin Müşteri İhtiyaçlarını Karşılarken İnisiyatif Kullanma Derecesi	Hizmet Özelliklerinin Müşterilerin İsteklerine Uyarlanabilme Derecesi	
	Yüksek Uyarlanabilirlik	Düşük Uyarlanabilirlik
Yüksek İnisiyatif	• Eğitim (Özel Ders)	• Eğitim (Büyük Sınıflarda)
	• Hukuk Hizmetleri	• Koruyucu Sağlık Hizmetleri
	• Sağlık	
Düşük İnisiyatif	• Telefon Hizmetleri	• Toplu Taşıma
	• Otel Hizmetleri	• Rutin Bakım Hizmetleri
	• Bireysel Bankacılık	• Sinema
	• Kaliteli Restoran İşletmeciliği	• Hazır Yiyecek Restoranları

Kaynak: Işın, 2012

1.2. KALİTENİN TANIMI, ÖZELLİKLERİ VE BOYUTLARI

1.2.1. Kalitenin Tarihsel Gelişimi

Günümüz dünyasında küreselleşme kaynaklı hızlı değişim sürecinin etkisi ile sadece işletmeler değil aynı zamanda ülkeler de yoğun olarak bir rekabet durumu içerisinde bulunmaktadır. Böylesi bir ortamda müşterilerini memnun edebilmek ve hatta yeni müşteriler edinebilmek oldukça zordur. Bunu başarabilmek için işletmelerin tüm kaynaklarını verimli olarak yönetmesi gerekmektedir. Sadece kaliteli olmak yetmemekte aynı zamanda hızlı ve ucuz olmak da bir mecburiyet haline gelmiştir. Bu üç sacayağının kuşkusuz en önemlilerinden biri beklentilerin arttığı bu dönemde kalitedir.

Kalite ile ilgili ortaya çıkan ilk kayıtların 2150 (M.Ö.) yılına kadar uzandığı görülmektedir. Ünlü Hammurabi Kanunları bu konuda örnek verilebilir. Bu kanunların 229. maddesinde şu ifade yazmaktadır; “Eğer bir ev, onu inşa eden ustanın eksikliği ve işini layıkıyla yapmaması sebebiyle yıkılır ve evde yaşayanlar ustanın hatası sebebiyle ölürse inşaatı yapan ustanın kellesi uçurulur.” Bu maddeden anlaşılabacağı üzere insanlık çağının ilk çağlarından beri kalite önemsenmiştir daha sonra ise kalite kavramı gelişerek devam etmiştir (Şimşek, 1998).

19. yüzyılda Sanayi Devrimi gerçekleşmiştir. Artık zanaatın yerini çok daha hızlı ve ucuza üreten makineler ile seri üretim almıştır. Sanayi Devrimi’nden sonra seri üretime geçiş, işgücünün çalıştırılmasında talimatların, prosedürlerin ve standartların önemini ortaya koymuştur. Bu doğrultuda Frederick Taylor, işi mümkün olan en küçük parçalarına ayırarak, nasıl ve ne kadar sürede yapılması gerektiğini hesaplayarak bazı standartlar geliştirmiştir. Standartların belirtilmesiyle birinci sınıf adam kavramı ortaya çıkmış ve standartlara uygun iş yapanlara veya standardın üzerine çıkıp daha verimli üretim yapanlara prim verilmesi önerilmiştir. Bu şekilde kalite ve üretimde artış, maliyetlerde ve verimlilikte ise azalma sağlanmıştır (Taşçı ve Çabuk, 2013). Daha sonra 1930’lu yıllarda Henry Ford kalite konusunu yönetimin beş fonksiyon içerisinde değerlendirmiştir. Bu fonksiyonun amacı hata miktarı ve türlerinin tespit edilmesini sağlamaktır. Ancak daha sonraki yıllarda bu yöntem yerini istatistik bilimine bırakmıştır (Bozkurt, 1999). Teknolojik gelişmeler, ürün kalitesinin giderek artması, bilginin paylaşılarak çoğalması ile sonuçlanmış ve 1946 yılında Amerika’da Amerikan Kalite

Kontrol Derneği (ASQC: American Society for Quality Control) kurulmuştur (Kavrakoğlu, 1996).

Sanayi devriminden sonra seri üretime geçiş, işgücünün çalıştırılmasında talimatların, prosedürlerin ve standartların önemini ortaya koymuştur.

İkinci Dünya Savaşı yıllarında arzdaki hızlı artışlardan dolayı İstatistiksel Kalite Kontrol yöntemleri geliştirilmiş ve bu şekilde kontrol maliyetleri düşürülmüştür. Dünya savaşları, yetişmiş işgücünün kaybına sebebiyet vermiştir. Savaş sonunda dünya bu yüzden iş gücü sıkıntısı yaşamıştır. Bununla beraber, savunma ve nükleer sanayideki gelişmeler öncelikle kontrol çalışmaları ve istatistiki yöntemlerin kullanımını arttırmıştır. Fakat hata olmaması gereken bu sektörlerde muayene çalışmalarının güvenilir bir şekilde yapılması mümkün olamamıştır. Çıkar yol olarak başvuru arttırılmış muayene işlemleri ise "Kalite Harcamaları" adı altında ürün maliyetlerinin artmasına sebep olmuş ve bir çözümde sağlanamamıştır. Kalite konusunda esas ilerleme 2. Dünya Savaşı sonrasında Japonya'da yaşanmıştır. Daha sonra kalite konusundaki gelişmeler Deming sonrada Juran isimli iki araştırmacı tarafından ABD'ye getirilmiştir. Eski yönetim anlayışını değiştiren bu yeni yönetim anlayışı ile birlikte eski yöneticiler işten çıkarılmış, yerlerine işletme içinden işlere hâkim, yetişmiş çalışanlar getirilmiştir (Kavrakoğlu, 1996).

Kalite kavramı son ürünün kontrol edilmesi yerine, daha üretim aşamasında yarı mamulken kontrolü esasına dayanmaktadır. Bu yüzden ürün üretim sürecinde kontrole gerek kalmayacak şekilde akıllı üretim yöntemleri kullanarak ve bir üretim sistemine bağlı kalarak üretmek çok önemlidir. Bu süreci Toplam Kalite Yönetimi (TKY)'nin geliştirilmesi takip etmiştir (Kavrakoğlu, 1996). Bunun en önemli sebepleri ise, küresel piyasada yaşanan acımasız rekabet, Avrupa'nın birleşip ekonomik anlamda birleşmiş bir pazar olarak ortaya çıkması, kaynakların gelişen teknoloji ile daha verimli ve etkin kullanılması, refahın artması ile kaliteli ürün arayışında olan müşteri yığınlarıdır. Bu nedenle, kendini rekabet ortamında bulan birçok işletme TKY anlayışını benimsemiş ve daha da geliştirerek faaliyetlerine devam etmiştir (Ersen, 1997).

1.2.2. Kalitenin Tanımı

Kalite kavramı ilk olarak insanların veya sistemlerin “hata yapması” ve buna bağlı olarak “mükemmele ulaşma isteği” düşüncesi ile hayatımıza girmiştir. Köken olarak Latin dilinde bir şeyin nasıl oluştuğunu anlatmak için kullanılan “Qualis” sözcüğünden türemiş ve “Qualitas” sözcüğü ile Latinceye yerleşmiştir (Turan, 2015).

Kalite kavramı, hemen her alanda yoğunlukla kullanıldığı için, çok aşina olunan ve herkesin bildiği düşünülen bir kavramdır (Gümüsoğlu, 2006).

Geleneksel olarak yaklaşıldığında ise kalite kavramı standartlara uygunluk olarak tanımlanmaktadır. Ancak günümüzde kalite kavramı klasik tanımların ötesine geçerek yeni anlamlar kazanmış, esnek ve dinamik bir çerçeve içine yerleştirilmiştir.

Türk Dil Kurumu’nun kalite tanımı “nitelik ve bir ürünün bilinen en iyi özelliklerini bünyesinde bulundurması” şeklinde ifade edilmiştir. Tarihsel süreç içerisinde kalite konusunda çalışan kişi ve kuruluşlar çok çeşitli tanımlar yapmışlardır. Bu tanımlarından birkaçı aşağıda belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2009):

- Edwards (1968): İhtiyaçları karşılama yeteneğidir.
- Gilmore (1974): Belli bir ürünün, belli bir müşterinin ihtiyacını karşılama derecesidir.
- Kuehn & Day (1962): Ürünün, müşteri tercihlerine uygunluğudur.
- Juran (1988): Kullanıma uygunluktur.
- Price (1985): İlk seferde doğrusunu yapmaktır.
- Broh (1982): Makul bir maliyetle birlikte ürünlerdeki mükemmelliğin derecesidir.
- Feigenbaum (1983): Mamulün, tasarım veya standartlara uygunluk derecesidir.

Yukarıdaki tanımların dışında ASQC (2018) kaliteyi, malların veya hizmetlerin belirli şartları sağlayabilme becerilerini oluşturan özelliklerinin tümü olarak görmektedir. Japon Sanayi Standartlar Komitesi (JIS) (2018)’ne göre kalite, ürünlerin ve hizmetlerin ekonomik olarak üretilmesi ve müşteri beklentilerine göre üretilmesi faaliyetleridir (JIS). Avrupa Kalite Kontrol Örgütü’ne (EOQC) (2018) göre kalite, hizmetlerin ya da malların beklentilere uygunluğudur. Son olarak, Bumin ve Erkutlu (2002)’nin en önemli pazarlama gurularından kabul edilen Philip Kotler’den aktardığına göre kalite;

ürünün müşteriler tarafından değinilen istekleri karşılayabilme yeteneğine sahip niteliklerinin toplamıdır.

Kaliteyle ilgili tanımları artırmak mümkündür. Fakat TKY yaklaşımıyla yapılan tanımlarda müşterinin ana unsur olarak değerlendirildiği ve mal veya hizmetin müşterinin beklentileri karşılması üzerine kurgulandığı açık olarak görülmektedir. Kısaca kalite, mal veya hizmetin müşteri ihtiyaç ve beklentilerini karşılayabilme kapasitesidir (Standart Kalite ve Akreditasyon, 2005).

Türkçede, kalite denildiğinde pahalı kelimesi özdeş olarak değerlendirilmektedir. Ancak kalite ve fiyatı paralel düşünmek bizleri yanıltıcı sonuçlara götürebilir. Çünkü kaliteli olan her ürün her zaman pahalı değildir, bunun tersi de söz konusudur (Acuner ve Şahin 2002).

Günümüzde zorlu rekabet ortamında, işletmelerin mevcudiyetlerini koruyabilmeleri, kalitelerini arttırmalarına, maliyetlerini azaltmalarına ve müşteri memnuniyetine de gerekli önemi vermesine bağlıdır. TKY'nin amacı işte tam olarak da budur.

Müşterinin kalite algılamasının, kaliteli olmak kadar önemli olduğu söylenebilir. Dolayısıyla kurum ve kuruluşlar, müşterileri kazanmak istiyorlarsa biz kaliteliyiz algısını sağlamak mecburiyetindedirler. Benzer şekilde, mal ve hizmetlerde ücret politikaları, işletmelerin marka değeri ile sektördeki diğer rakiplerinden ayrıştığını müşterilerine hissettirmesi gerekir. Farklılığın yanı sıra uzmanlaşmayı başarabilen kurum ve kuruluşların yarattığı marka/imajlarının müşterilerin zihninde onların yüksek kaliteli olarak algıladığı bilinmektedir. Örnek verecek olursak, yazılım sektöründeki müşterilerin çoğu, Microsoft'un küresel marka değeri ve insanların zihinlerindeki alanında uzman imajı sebebiyle daha kaliteli olarak düşünülmektedir. Çünkü bu markanın müşteri zihninde bir ağırlığı vardır (Özdemir, 2000).

1.2.3. Kalitenin Boyutları

Kalite kavramı, herkes tarafından kabul edilen tek bir akademik tanıma kavuşamamış olsa da, çok sayıda tanımının yapılma nedeni aslında kalitenin birden çok boyutunun olmasından kaynaklanmaktadır.

Kalite konusunda kapsamlı çalışmaları ile tanınan araştırmacılardan biri olan Garvin, hepsi kaliteyi tanımlayan kalitenin sekiz boyutunu şöyle belirlemiştir (Garvin, 1984);

1. **Performans (Fonksiyonellik/İşlevsellik):** Mal veya hizmette bulunan birincil özellikler, yani mal veya hizmetin işlevini yerine getirebilme kabiliyetidir. Örneğin, bir araba 20 saniye içerisinde 100 km'ye kadar hızlanabileceğini vaat ediyorsa, bu sürata erişmesidir. Ya da bir bilgisayar için bellek gücüdür.
2. **Uygunluk:** Sunulan mal veya hizmetin, şartnamesinde belirtilen özelliklerine ve standartlara uygunluğudur.
3. **Dayanıklılık:** Sunulan mal veya hizmetin düzenli bir şekilde (problemsiz olarak) ve şartnamesinde belirtildiği şartlar altında, kullanılabilirlik süresidir.
4. **Güvenilirlik:** Ürünün kullanım ömrü içerisinde performansın sürekliliğidir. Bu da malın özelliklerinin ve kalite karakteristiklerinin varlığına ve vaat edilen süre içinde devam edeceğine olan güveni tanımlar. Örneğin şeker kutusunun üzerinde 400gr yazıyorsa paketin içeriğinin ağırlığı tam olarak 400gr olmalıdır.
5. **Hizmet görürlük:** Sunulan mal veya hizmetin kurulum, bakım, onarım ve değişim gibi servis hizmetlerinin, şartnamesinde/özelliklerinde taahhüt edildiği şekilde zamanında, kolay ve sorunsuz gerçekleştirilebilirliğidir.
6. **Estetik:** Malın veya hizmetin cazibesi ve müşterilerin beş duyusuna hitap edebilme kabiliyetidir.
7. **İtibar:** Malın ya da hizmetin geçmiş performansıdır. Marka olarak prestij ve güvence verebilme yeteneğidir.
8. **Diğer Özellikler:** Ürünün ve ya hizmetin çekiciliğini sağlayan diğer özelliklerdir. Ürünüm asıl fonksiyonunun haricinde kalan aynı zamanda ürünün kalitesine direk etkisi olan diğer özellikleridir. Örnek; arabaya yakışan ve ona hoş bir hava katan dış boyası.

Kalitenin çok boyutluluğu, kaliteyi bir bileşik vektör olarak ortaya çıkarır. Ancak, müşteriler çeşit çeşittir ve insanların hizmetlerde önem verdikleri alanlar farklı olabilir. Bu yüzden, müşteriler için bu özelliklerden bazıları diğerlerinden daha fazla önemli olabilir ancak bu özelliklere göre müşteriler kalite algısını oluştururlar. Ancak kalitenin her boyutları birbirinden belirgin ve bağımsızdır. Bir mal veya hizmet ile ilgili olarak her bir müşteri için de ayrı ayrı olmak üzere kalitenin bir boyutu yüksek düzeyde iken

diğer bir boyutu düşük düzeyde olabilir. Tüketici tarafından yapılan bu değerlendirme üründen ürüne ve hizmetten hizmete değişebilmektedir. Yani denile bilinir ki, kalite öznelidir (Özdemir, 2000).

1.2.4. Kalitenin Unsurları

Bir ürün için kalite, artık üretimden gelen dar kalıpların dışına taşmış daha geniş bir kapsam kazanmıştır. Tüm tasarım çalışmalarını ve ürünün ömrünü de kapsayan bir içerik kazanmıştır. Aynı durum hizmet sektörü için de geçerlidir. Kalitesini geliştirme ve koruma çabası içinde olan işletmeler için üç önemli kalite unsuru bulunmaktadır. Bu önemli unsurlar sırasıyla, tasarım kalitesi, uygunluk kalitesi ve kullanım kalitesidir (Türker, 2003).

1.2.4.1. Teknik Kalite (Tasarım Kalitesi)

Teknik kalite, bir mal veya hizmetin istenen özelliklere sahip olması için, yapılan tasarımdaki kalitedir. Bir başka deyişle tasarım kalitesi olarak da ifade edilen bu kalite unsuru, kalite sağlamanın ilk adımıdır. Bir mal veya hizmetin kalitesi ve maliyeti, büyük oranda tasarım aşamasında oluşur. Bu noktada özenle çalışmak kalite yolculuğunda doğru yola çıkmak gibidir. Olmayan yani tasarlanmayan bir kalite üretilemez. Hiç bir mal ve hizmet, bir tasarımda var olmayan kalite özelliklerini sağlayamaz. Son kalite için en önemli basamaktır. Çünkü ilk başta oluşturulan spesifikasyonlar nihai ürünün standartlarını belirlemektedir. Ama mal ve hizmetin kalitesi için tasarım kalitesi kesinlikle elzemken, tek başına yeterli değildir. Çünkü tasarlanan kalite düzeyini üretimde veya uygulamada tutturmak ve bu kalite düzeyinin sürekliliğini sağlamak ayrı bir sorundur. Üretim süreçleri sonucunda ortaya çıkan mal ve hizmetler, bazen üretim öncesi tasarlandığı şekilleriyle farklılıklar gösterebilmektedir. Bir başka deyişle beklentilerin gerçekleşme derecesi de tasarım aşamasındakinden biraz daha düşük olabilmektedir (Türker, 2003).

Teknik kaliteye örnek olarak otomobil sektörü verilebilir. Bütün otomobillerin temel amacı insanların emniyetli ulaşımını sağlamaktır. Ancak otomobillerin marka ve modellerine göre farklı büyüklük, görünüş ve performansa sahip oldukları görülür. Bu

farklılıklar otomobil tipleri arasındaki tasarım farklılığından kaynaklanır. Bu tasarım farklılıkları kullanılan kaporta malzemesi, bileşenlerindeki spesifikasyonlar, motorlar ve diğer donanımdaki farklılıklardan kaynaklanır. Tasarım kalitesinin düzeyi, tasarımcıların bilgi, yetenek ve deneyimi ile orantılıdır. Kısaca tasarım kalitesi, kalitenin temel ögesidir. Ancak tasarım kalitesinin yüksek oluşu, ürünün de yüksek kaliteli olacağını garanti etmez. Çünkü üretim esnasında tasarımla belirlenen özellikler ürüne katılmadığında kalite de sağlanamayacaktır (Boran, 2008).

1.2.4.2. Uygunluk Kalitesi (Üretim Kalitesi)

Uygunluk kalitesi, teknik kalite ile belirlenen özelliklere uyma derecesidir (SABİS, 2017). Yani, tasarım kalitesinin ürüne veya hizmete yansıtılması çabalarının bir göstergesidir. Uygunluk kalitesi ölçülebilir yapıdadır. Müşteriye sunulan hizmet veya ürünün belirlenmiş özelliklere ne ölçüde uyduğu bilimsel olarak ölçülebilir. Bunun için performans kriterleri belirlenmelidir. Belirlenen toleranslar dâhilinde hedeflenen değere ulaşılması, uygunluk kalitesinin sağlandığını gösterir (Türker, 2003).

Kalite spesifikasyonlarına uygunluk derecesi yükseldikçe bozuk mal sayısı azalır. Dolayısı ile bozuk malların ortaya çıkardığı malzeme ve işçilik kayıpları ve tamir masrafları ile müşteri şikâyetleri hızla azalır. Buna karşılık ölçme ve kontrol faaliyetlerinin yoğunluğu arttığından değerlendirme maliyetleri giderek yükselir. Koruma maliyeti bozuk malın üretimine meydan bırakmamak amacı ile önceden alınan tedbirler için yapılan masraflardan oluşur. İşçi eğitimi tamir-bakım, tasarım kontrolü vb. masraflar koruma maliyeti niteliğindedir. Uygunluk kalitesini artırmak için özellikle koruma tedbirlerine ağırlık vermenin önemli olduğu düşünülmektedir (SABİS, 2017).

1.2.4.3. Kullanım Kalitesi (Performans Kalitesi)

Kullanım kalitesi ise bir hizmet veya ürünün kullanım süresi içinde kaliteye esas olan özelliklerini kabul edilebilir düzeyde koruyabilme yeteneğidir. Kullanım kalitesi, kullanım süresi içinde sağlanan hizmet olanakları, bakım ve yedek parça gibi etmenlerden etkilenir (Türker, 2003). Ayrıca, kullanım kalitesi müşterinin ürün ve hizmeti kullandığı sürede algılanan kalite düzeyi olarak da değerlendirilebilir.

Müşterinin beklediği kalite ile mal ve hizmeti kullanırken algıladığı kalite arasında fark yoksa kullanım kalitesi en yüksek düzeyde gerçekleşir. Beklenen kalite, algılanan kaliteden yüksekse kullanım kalitesi düşüktür (SABİS, 2017)



1.3. HİZMET KALİTESİ TANIMI, BOYUTLARI VE MODELLERİ

1.3.1. Hizmet Kalitesi Tanımı

1990'lı yıllarda iş hayatında yaşanan en önemli gelişmelerden birisi, kalite ve ilgili kavramların gittikçe daha fazla ön plana çıkması olmuştur. Kalitenin önemi, bu konuda nasıl gelişim sağlanabileceği, kalite anlayışları, TKY, kalite ile karlılık ve verimliliğin ilişkisi, hizmet sektöründe kalite en çok tartışılan konular arasında olmuştur. Birçok işletme artık kalitenin önemi konusunda hemfikir olmuş ve bu konuda rekabetçi yatırımlar da bulunmaktadır (Öztürk, 2003).

Kalite alanında yaşanan gelişmelerin hizmet sektörüne yansımalarıyla hizmet kalitesi kavramı doğmuştur. Hizmet işletmeleri bu sayede kaliteli hizmet sunabilmekte ve rekabet avantajı sağlamaktadırlar. Bu durum işletmelerin karlılık ve verimliliklerinin artmasını, mevcut müşterilerini koruyup yeni müşteriler çekmesini, pazar paylarının artmasını sağlamaktadır (İçöz, 2005). Hatta bu konuda araştırmalar da yapılmıştır. PIMS (Profit Impact of Market Strategy) verilerini kullanarak, hizmet kalitesi, pazarlama değişkenleri ve karlılık üzerine yapılmış araştırma bulguları, hizmet kalitesinin arttırılarak, daha fazla pazar payı elde edildiğini yani hizmet kalitesinin kâra olan etkisini net olarak ortaya koymuştur (Şahin ve Şen, 2017).

Literatür incelendiğinde hizmet kalitesi çoğunlukla, müşterilerin hizmet almadan önceki beklentileri ile hizmet aldıktan sonra hizmetin performansına yönelik oluşan algılarının farkı olarak ele alındığı görülmektedir (Erciş, 2010). Hizmet kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde öncelikle mallarda kalite konusundan tanımlar yapıldığı bundan sonra ise hizmet kalitesinin tanımlanmasına yönelik çabaların arttığı görülmektedir (Akbaba ve Kılıç, 2001).

Teas hizmet kalitesini, performanslar ve standartlar arasında bir karşılaştırma olarak tanımlarken (Teas, 1993), Parasuraman ve diğerleri hizmet kalitesini, beklenen hizmet ve algılanan hizmetin performans kıyası olarak tanımlamışlardır (Parasuraman vd., 1985). ISO tarafından 1986 yılında yapılan tanıma göre hizmet kalitesi, çalışanların mükemmel performans göstermesi, müşterilere tam zamanında ve doğru şekilde sunum yapılması denilmektedir (Bozkurt, 1995).

Hizmet kalitesi hizmet verilen yere ulaşım kolaylığı, iletişim imkânlarının çeşitliliği, hizmet sunanlarının müşterilerle olumlu iletişim kurma kabiliyeti, çalışanların görevlerindeki uzmanlıkları ve müşteriye anlama yetenekleri, müşteri ihtiyaçlarının ne ölçüde karşılanabildiği, hizmet sunumunun müşteriye getirdiği sonuçlardaki kalite ve çabukluk ile ilgili bir kavramdır (Yıldız, 1994). Diğer bir tanımda ise; hizmet kalitesi, müşteri beklentilerinin tatmin edilmesidir (İçöz, 2005).

Hizmet kalitesi; özet olarak müşterilerin beklentileri ve bu beklentilerin ne denli iyi bir şekilde karşılandığının ölçüsüdür (Şekerkaya, 1997). Hizmet kalitesi, hizmet sektöründe rekabet edebilirliğin belirleyicisidir. Hizmet kalitesi, işletmelerin kendilerini farklılaştırmasını ve sürdürülebilir rekabet avantajı kazanmasını sağlar (Ghobadian vd., 1994).

En geniş anlamıyla hizmet kalitesi, müşterinin beklentilerini anlamak ve maksimum memnuniyet için gerekli tüm çabanın gösterilmesidir. Bir başka tanım ise hizmet kalitesini, bir işletmenin müşterilerinin beklentilerini karşılayabilme hatta müşteri arzusunun daha da fazlasını yapabilme kabiliyeti olarak ifade edilmektedir. Bu noktada önemli olan husus, kalitenin işletme tarafından değil de müşteri tarafından tanımlanıyor olduğu gerçeğidir, yani kalite müşterinin algıladığı kalitedir (Odabaşı, 1997).

Literatürde hizmet kalitesi ile ilgili birçok tanımın mevcut olduğu görülmektedir. Bunun en önemli sebebi, hizmet sektöründe yoğun çeşitliliğin olması ve hizmet kalitesi kavramının fazla boyutlu bir kavram olması dolayısıyla tanımlanmasının zorluğudur (Değermen, 2006). Ancak, hizmet kalitesini tanımlamaktan daha önemlisi işletme yöneticilerin bilmesi gereken iki şey vardır. İlki, kalite hizmeti sunan işletme tarafından değil müşteri tarafından tanımlanır. İkincisi ise işletmenin varlığı ile direk olarak ilgilidir. Müşteri beklentilerini bir şekilde karşılamayan işletmeler hem yeni müşteriler çekemeyecekler hem de mevcut müşterilerini kaybedeceklerdir. Bu da işletme için mevcudiyetini kaybetme ile sonuçlanacaktır (Stanton vd., 1997).

Hizmet sektöründe faaliyet gösteren işletmeler yaşanan yoğun rekabet şartlarında pazardan aldıkları paylarını arttırmak için müşterilerin istedikleri kalitede hizmet üretme konusunda gayret gösterirler böylece mevcut müşterilerini koruyup yeni müşteriler de kazanabilirler. Hizmetin kalitesini kontrol eden müşteridir dolayısıyla hizmet kalitesi

kişiden kişiye değişir. Bu yüzden, hizmet kalitesi müşteriler de değişebildiğinden sürekli olarak takip edilmesi gereken bir husustur (Küçükaltan, 2007).

Yukardaki tanımlardan yola çıkılacak olursak, müşteriler, özetle aldıkları hizmetin kalitesini belirlerken beklentiler ve algılamalarını kıyaslayarak değerlendirirler. Bu yüzden önümüze çıkan bu iki önemli kavramı öncelikle açıklamak daha doğru olacaktır.

1.3.1.1. Beklenen Hizmet Kalitesi

Bir hizmet satın alan her müşterinin, bu hizmetten birtakım beklentileri bulunmaktadır. Müşteri beklentileri, hizmetin kendisinin ve/veya sunumunun değerlendirilmesinde referans noktası veya standart görevi gören, hizmetin sunum süreci hakkındaki müşteri inançlarıdır. Müşteriler zihinlerindeki bu düşünceler ile beklentilerini oluştururlar (Zeithaml ve Bitner, 2003).

Beklentiler, müşterilerin hizmet kalitesini değerlendirmelerinde ana faktörlerden birisi olup, birçok etmenin etkisi ile oluşmaktadırlar. Dolayısıyla, beklentileri etkileyen ve şekillendiren faktörlerin neler olduğunun bilinmesi, pazarlama açısından önem kazanmaktadır. Çünkü bu sayede işletme müşteri mutluluğunu sağlayabilir (Zeithaml ve Bitner, 2003).

Beklenen hizmet kalitesi, özet olarak müşterilerin hizmeti almadan önce zihinlerinde oluşturdukları arzularını ifade etmektedir. Bu yüzden, müşterilerin aldıkları hizmetten memnun kalıp kalmayacakları beklentilerinin karşılanması ile doğrudan bağlantılıdır. Örneğin; bir müşterinin konaklayacağı otelin sunduğu hizmet ile ilgili en önemli beklentilerden biri kahvaltı ve yemeklerin açık büfe verilmesi ise, müşteri otele gittiğinde bu beklentisi karşılanırsa memnun kalacak, aksi halde diğer artı kalite çalışmalarını görmezden gelerek memnuniyetsizlik yaşayacaktır (Yılmaz, 2007).

Hizmet kalitesi literatüründeki "beklenti" kavramı, müşteri tatmini literatüründekinden farklıdır. Müşteri beklentileri; müşterinin zihninde hizmet sunumu sonrası oluşabilecek muhtemel duruma ait senaryolar olup hizmetin alınmasından önce müşteri tarafından oluşturulmaktadırlar. Diğer taraftan, hizmet kalitesi ile ilgili literatür beklentileri,

müşterinin istekleri olarak değerlendirir yani hizmet sağlayıcının ne sunabileceği değil müşteri isteğine uygun sunum yapması gerektiğidir.

1.3.1.2. Algılanan Hizmet Kalitesi

Algılanan hizmet kalitesinin tanımı, en basit anlamda, müşterilerin hizmeti almadan önceki beklentileriyle hizmeti aldıktan sonra yaşadıkları hizmet kalitesi deneyimi arasındaki farktır (Parasuraman vd., 1988). Daha geniş pencereden yapılan başka bir tanımda ise, algılanan kalite, müşterinin hizmet öncesi beklentileri (beklenen hizmet) ile hizmeti aldıktan sonraki zihninde oluşturduğu memnuniyet algısının (algılanan hizmeti ya da algılanan performansı) değerlendirmesinin bir fonksiyonudur. Yani algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin beklentilerinden algılanan performansın çıkartılması olarak tanımlanmıştır. Yani matematiksel bir sonuçtur. Müşterilerin hizmet kalitesine ilişkin algılamalarının değerlendirilmeleri, beklenti ile algılamalarının karşılaştırılması sonucu anlam kazanmaktadır. İşletmeler için müşteri ne bekliyor, biz ne derece beklentiye karşılık sorularının cevabıdır. Dolayısıyla algılanan kalite subjektif bir kavramdır (Uyguç, 1998).

Müşterinin kalite tanımlaması, hizmeti tükettiğinden sonraki algılama hissidir. Bundan dolayı hizmet kalitesi literatürü incelendiğinde çoğunlukla hizmet kalitesi kavramının yerine "Algılanan Hizmet Kalitesi" kavramının kullanıldığı görülmektedir, çünkü öz hizmet kalitesi müşteri nezdindeki algılamadır (Uyguç, 1998).

Algılanan hizmet, müşteri tarafından belirlenen ve hizmet kalitesi boyutlarının değerlendirilmesinin sonucunda oluşan hizmettir. Bu boyutlar işletmenin fiziksel imkânları, çalışanların müşterilere yaklaşma biçimleri, bekleme süreleri gibi çeşitli somut ve soyut birçok faktörden meydana gelmektedir. Literatüre baktığımızda müşterilerin hizmet kalitesini değerlendirmelerin genel olarak, fiziksel şartlar, güven duygusu, doğru ve zamanında hizmet ve müşteriyle karşılıklı iletişim gibi alt başlıklardan oluştuğu görülmektedir (Parasuraman vd., 1988).

Müşterinin hizmet kalite algısı, müşteriye sunulan hizmet ile ilgili şahsi fikirleridir. Algılanan kalite müşteriden müşteriye farklılık göstermektedir. Bu farklılık,

müşterilerin öncelikleri, değerleri, eğitim düzeyi, kültürü, gelir durumu, medeni hali, yaşı, cinsiyeti gibi birçok faktörden etkilenir (Tekingündüz, 2010).

Herhangi bir hizmetin kalitesinin belirlenmesi, herhangi bir ürünün kalitesinin belirlenmesinden çok çok daha zordur. Ürünlerde standartlaşma mümkünken, hizmet sektöründe müşteri memnuniyeti veya tatmini her zaman eşit ölçüde olmamaktadır. Hizmeti verenler tüketicilerin nasıl bir hizmet istediklerini bilmek yanında, hizmeti nasıl ulaştıracaklarını bilmek zorundadırlar. Dolayısıyla, burada hizmet sağlayanların uzmanlık düzeyi çok önemlidir (Tekingündüz, 2010).

Müşteriler algılamaları beklentilerden üstünde gerçekleşirse memnun olurlar. Ama eğer işletmenin performansı, müşteri beklentilerinin altında kalırsa tatmin olmazlar ve başka hizmet sunucuları araştırmaları muhtemeldir. Müşteri beklentileri, sektördeki diğer firmaların performansından, geçmiş tecrübelerden, kulaktan kulağa duyumlardan, internet, tv, sosyal medyadan ve diğer iletişim şekillerinden oluşur. Hizmet işletmelerinin görevi bu beklentileri anlamak ve olabildiğince karşılamaya çalışmaktır çünkü hizmet sektöründe bu hayatta kalmak ya da kalmamak kadar önemlidir (Doyle, 1998).

1.3.2. Hizmet Kalitesi Boyutları

Bir hizmetin kalitesini belirlemek için, o hizmetin kaliteli olduğunu gösteren belirleyici özelliklere ihtiyaç vardır. Kaliteli hizmet sunmak için, her şeyden önce hizmet kalitesini etkileyen faktörleri incelemek gerekir (Mohammad, 2007).

Literatüre bakıldığında farklı araştırmacılar farklı hizmet kalitesi boyutları belirledikleri görülmektedir. Bu çalışmalar içinde hizmet sektöründe algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi için kullanılan en geniş kullanım alanına sahip olan ölçek Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1985) tarafından geliştirilen ölçek olmuştur.

Parasuraman ve diğerleri, çalışmalarında hizmet kalitesini etkileyen hususları hizmet kalitesinin boyutları olarak isimlendirmişlerdir. Hizmet kalitesi konusunda yaptıkları çalışmalar sonucunda, hizmet kalitesin belirleyen 10 boyut önermişlerdir. Hizmet kalitesini ölçmek için bu boyutlar kullanmışlardır. Bu boyutlar şöyle tanımlanmıştır (Seyran, 2004):

- **Fiziksel Özellikler:** Hizmet sunumu sırasında kullanılan bina, binanın lokasyonu, donanım, ekipman ve çalışanların fiziksel görünümü, hizmetin ifade eden diğer fiziki imgeler ve diğer müşteriler.
- **Güvenilirlik:** Vaat edilen hizmetin ilk denemede tam doğru olarak sağlanma becerisi, hizmeti söz verilen zamanda yerine getirebilmesi ve hizmetle ilgili kayıtların doğru ve tam tutulması.
- **Heveslilik:** Personelin hizmet sunumundaki istekliliği, yardım konusunda gönüllülük, müşterilere hızlı hizmet verme ve randevulara itibar edilmesi.
- **Yeterlilik:** Vaat edilen hizmetlerin sunulabilmesi için işletmenin bilgi ve tecrübeye sahip olması.
- **Nezakat:** Müşteriler ile ilgilenen çalışanın içten ve saygılı olması.
- **İnanılabilirlik:** Hizmet sunumunda işletmenin müşterilere onların iyiliğini düşündüğünü hissettirebilmesi.
- **Güven:** Vaat edilen hizmetlerle ilgili müşterinin zihnindeki risk ve kuşkuların giderilmesi.
- **Ulaşılabilirlik:** Hizmete fiziki erişim imkânlarının sağlanması, hizmete kolay erişim.
- **İletişim:** Müşteriler arasındaki çeşitli farklılıklara göre hassasiyetleri gözeterek müşterileri bilgilendirme, onları anlayıp, dinleyip, yardımcı olunması.
- **Müşteriyi Anlamak (Empati / Anlayış):** Müşteriyi tanımak, müşterinin istek, ihtiyaçlarını anlamak, müşteriye göre yön almak.

Daha sonra Parasuraman ve diğerleri (Aktaran, Acuner, 2004), bazı istatistiksel çalışmalar yapmışlardır ve bu çalışmalar neticesinde bazı boyutlar arasında dikkate değer korelasyon tespit etmişlerdir. Bu yüzden boyutları yeniden değerlendirmişler ve beş temel boyut belirlemişlerdir. Bu boyutlar (Acuner, 2004):

- **Güvenilirlik:** Hizmetin beyan edildiği zaman ve şekilde eksiksiz olarak sunulması.
- **Güven verme:** Personelin bilgi ve tecrübesiyle işini layıkıyla yapabileceği şekilde müşteride güven oluşturmaları.
- **Anında hizmet:** Müşteriye yardım etme istekliliği ve hizmetin mümkün olduğunda çabuk sunulması.
- **Fiziki özellikler:** Fiziki imkânlar, ekipman ve çalışanların kıyafeti.
- **Empati:** Müşterileri önemseme, onları değerli hissettirme ve sorunları ile şahsen alakadar olma.

Lehtinen ve Lehtinen'e (1991) göre hizmet kalitesi üç boyutta ele alınmaktadır. Bu boyutlar; fiziki kalite, etkileşim kalitesi ve işletme kalitesidir. Fiziki kalite, hizmet sunumunun yapıldığı tesislerin ve hizmet üretiminde kullanılan teçhizatların durumunu ifade etmektedir. Etkileşim kalitesi, hizmetin üretimi ve sunumu aşamasında tüketicilerin hem kendi aralarında hem de sunum yapan personeller arasındaki etkileşimlerinin kalitesini ifade etmektedir. İşletme kalitesi ise, işletmenin marka değerini yani müşterinin nazarındaki imajını ifade etmektedir. İşletmenin imajı sunulan ürün paketinin bir parçasını oluşturmakta ve bu paketin müşteriler tarafından değerlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır (Walker, 2002).

Ghobadian ve diğ., (1994) tarafından geliştirilen modelde ise hizmet kalitesi birleşik kalite, fiziki kalite ve etkileşim kalitesi olmak üzere üç temel boyutla ifade edilmiştir. Fiziksel kalite hizmet sunulan bina, kullanılan donanımlar ile ilgili kaliteyi ifade ederken, birleşik kalite ise marka değerini ifade etmektedir. Etkileşim kalitesi ise, müşterilerin hem birbirleriyle olan etkileşimleri hem de işletme çalışanları ile olan etkileşimlerini tanımlamak için kullanılır (Walker, 2002).

Hizmet kalitesi konusunda çalışan birçok araştırmacı, hizmet kalitesinin boyutları belirlemeye çalışmışlardır. Tablo 6'da araştırmacılar tarafından önerilen boyutlar gösterilmiştir.

Tablo 6: Hizmet Kalitesinin Boyutları

YAZARLAR	ÖNERİLEN BOYUTLAR
SASSER, OLSEN VE WYCKOF (1978)	a. Kullanılan malzemelerin özelliği b. Hizmetin üretildiği fiziki ortam, donanım vb. teknik imkânlar, c. Çalışanların müşterilere yaklaşımları
LEHTINEN, LEHTINEN (1983)	1. Üç yönlü yaklaşım a. Fiziki kalite b. Etkileşim kalitesi c. İşletme kalitesi 2. İki yönlü yaklaşım a. Süreç kalitesi b. Sonuç kalitesi
GRÖNROOS (1983)	a. Teknik kalite b. İşlevsel kalite c. İmaj
PARASURAMAN, ZEITHAML VE BERRY (1985)	a. Güvenilirlik b. Heveslilik c. Yetenek d. Ulaşılabilirlik e. Nezaket f. İletişim g. İnanılrlık h. Güvenlik i. Müşteriyi anlama j. Hizmetin sunulduğu ortam
NORMANN (1988)	a. Değişebilir özellikler b. Değişemez özellikler

Kaynak: Uyguç, 1998

1.3.3. Hizmet Kalitesi Modelleri

Küreselleşme, rekabet ve teknolojik gelişmeler içinde yeni bilgi çağında, ulusal ve uluslararası alanda faaliyet gösteren her türlü hizmet işletmelerinde müşteriler geçmişe oranla artık daha fazla rekabet ortamının bilincine varmaktadır. Bununla birlikte hizmet sektöründe tüketicilerin beklentileri ve ihtiyaçları da giderek karmaşıklaşmaktadır. Hizmet sektöründe kalitenin hayati derecede önemli olması bu ve benzeri nedenler hizmet işletmelerinde, kalite geliştirme çabalarını arttırmaktadır. Bunun için de hizmet kalitesinin düzenli olarak ölçümüne gereksinim duyulmaktadır (Rust, 2004).

Hizmet işletmesi yönetimi tarafından hizmet kalitesi ölçülerek kalite aksaklıklarının belirlenmesi ve kalite iyileştirme programının bir düzen ile uygulanmasına rehberlik edecek kavramsal hizmet kalitesi modellerinin uygulamaya konulması gerekir. Çünkü bu modeller işletme yönetimine, verilen hizmetin kalite durumunu görmek ve eksiklik olan alana odaklanarak kaliteyi sistematik bir şekilde iyileştirme olanağı tanımaktadır (Ghobadian vd., 1994).

Hizmet kalitesini iyileştirmenin işletmeye getirdiği çeşitli avantajlar bulunmaktadır. Bunlardan ilki kârlılığa olan katkısıdır. Bu konuda yapılan araştırmalar, iyi kalitedeki hizmetin, işletmelerin pazar payını arttırdığını göstermiştir. Ayrıca, kalite geliştirmenin sonucunda üretim maliyetlerinin azalması ve verimliliğin artması da gerçekleşmektedir (Parasuraman vd., 1985). ABD’de 1980’ler de hizmet işletmelerindeki birçok yönetici, iyi hizmetin işletmeye fayda sağlayacağını söylemiştir. Buna rağmen, çok az işletme hizmet kalitesini geliştirme konusunda yatırım yapmıştır. Söz konusu yatırımlarını ciddiyle gerçekleştiren ve sürekli hale getiren işletmeler, yaptıkları yatırımın karşılığını fazlasıyla almışken diğer hizmet işletmeleri yöneticileri hizmet kalitesini iyileştirme konusundaki yatırımları isteksizce yapmışlar; üstelik bu yatırımlarda da süreklilik sağlamamışlardır. Doğal olarak, ulaşılan sonuç olumsuz olmuştur (Parasuraman vd., 1996).

Hem karlılığın arttırılması ve uzun vadede işletmenin ayakta kalmasına yardım etmesi, hem de müşteri memnuniyeti sağlayarak müşterileri bir sonraki satın almaya teşvik etmesi gibi sebeplerden dolayı hizmet işletmeleri, müşterilerin sunulan hizmet ile ilgili kalite boyutlarını bilmeye ve kaliteyi yükseltmek için hizmet kalitesi ölçümü çalışmaları yapmaya mecburdurlar (Bolton ve Drew, 1991).

Hizmetlere genel olarak bakıldığında, çeşitliliğin çok fazla olduğu görülmektedir. Bu da, kalite ölçümünü karmaşık hale getirmektedir. Akademik perspektifte ise, hizmet kalitesi ölçümü için, hizmetin sunumu sürecinde kaliteyi etkileyen faktörler ve bu faktörlerin kendi arasındaki etkileşimlerin belirlenmesi amacıyla çeşitli akademisyenler tarafından değişik modeller ortaya atılmıştır. Bu yaklaşımlar içerikleri itibarıyla iki ana grupta toplanmışlardır. Birinci grupta yer alan yaklaşımlar hizmet kalitesi ölçümünün müşteri beklentileri ve algılarının kıyası ile yapılabileceğini öne sürmektedir. Bu grupta yer alan hizmet kalitesi ölçüm metotlarının başlıcaları; Grönroos’un Nordik Modeli,

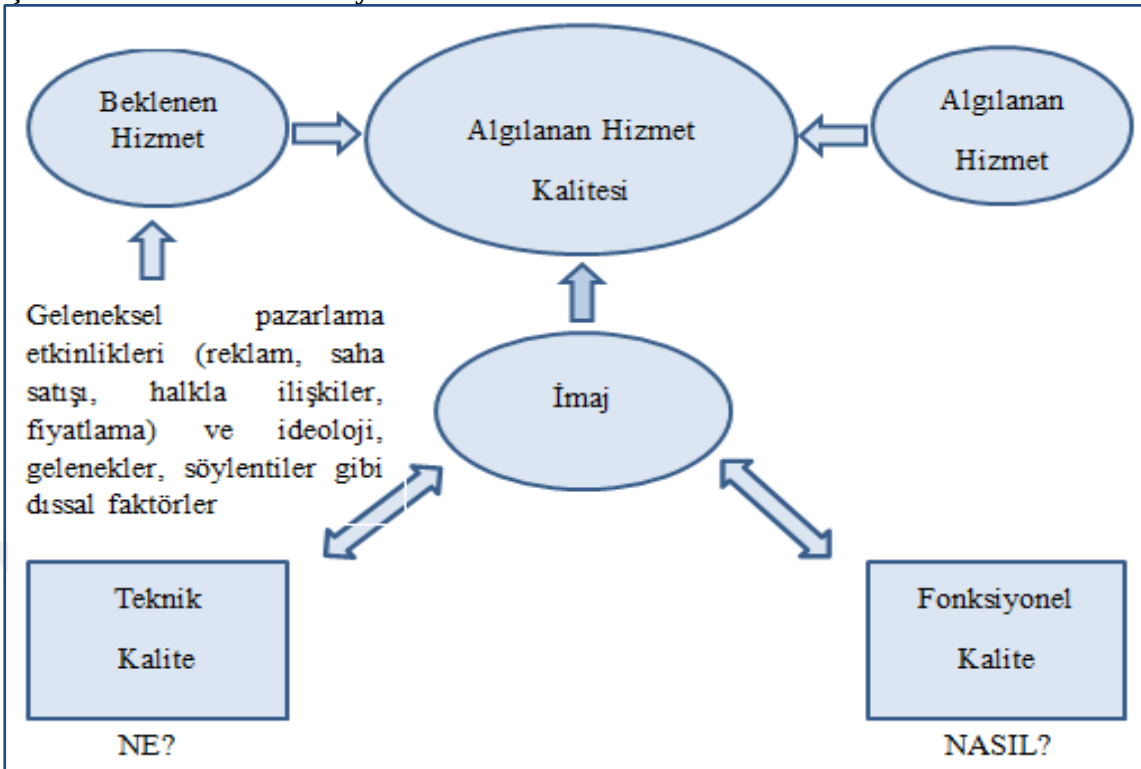
Rust ve Oliver'in Üç Bileşenli Hizmet Kalitesi Modeli, Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin SERVQUAL Modeli ve Teas'in Performans Değerlendirme Modeli'dir. İkinci grupta yer alan hizmet kalitesi ölçümü metotları ise müşteri beklentilerin değerlendirilmesinin gereksiz olduğunu ve sadece müşteri algılarına dayalı olarak değerlendirme yapılmasının daha doğru olacağını öne sürmektedirler. Bu grupta yer alan kalite ölçüm yaklaşımlarının başlıcaları; Brady ve Cronin'in Hiyerarşik ve Çok Boyutlu Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli, Cronin ve Taylor'ın SERVPERF Modeli, Dabholkar'ın Perakendecilik Hizmetleri Kalite Ölçeği'dir (Cronin ve Taylor, 1994).

Hizmet kalitesinin ölçümüne ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde, hizmet kalitesi ölçümünde araştırmacılar tarafından ortak bir metodun benimsenmediği görülmektedir. Mevcut olan metotlar güncellenmekte ve sürekli olarak yeni yaklaşımların da geliştirilmektedir. Ancak, hizmetin türüne ve özelliklerine göre kullanılacak model seçiminde tercih kullanıldığı görülmektedir. Çünkü bazı hizmet türleri için özellikle bazı modellerin daha etkili sonuçlar verdiği gözlemlenmiştir. Fakat genel olarak bakıldığında; yapılan araştırmalarda en çok başvurulan kalite ölçüm modelinin Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından tasarlanmış olan SERVQUAL modeli olduğu, bunu Cronin ve Taylor'un SERVPERF modeli ile Grönroos'un Hizmet Kalitesi modelinin takip ettiği söylenebilir (Rodrigues vd., 2013).

1.3.3.1. Grönroos'un Algılanan Toplam Kalite Modeli

Hizmet kalitesinin ölçümüne yönelik olarak geliştirilen ilk model, İskandinav araştırmacı Grönroos'a aittir (Brady vd., 2002). Grönroos'un geliştirdiği modele göre kalite, beklenen kalite ile hizmet verildikten sonra müşterinin algılamış oldukları kalite arasındaki farka dayanmaktadır. Grönroos, yaptığı çalışmalarda hizmet kalitesi ölçümünü üç ana unsur altında toplamıştır. Bu unsurlar; Şekil 1'de de gösterildiği üzere Teknik kalite, Fonksiyonel kalite ve firma imajıdır (Yüksel, 2002-2003).

Şekil 1: Teknik ve Fonksiyonel Kalite Modeli



Kaynak: Seth vd., 2006

Teknik kalite, müşterinin hizmetten elde edileni ifade eder ve alınan hizmetin sonuçlarına bağlıdır (Mohammad, 2007). Örneğin bir hastanın hastaneden sağlık hizmeti alması ve bu müşterinin aldığı hizmet sonucunda tatmin durumu teknik kalite olarak belirtilebilir (Yeşilada ve Direktör, 2010). İşlevsel kalite, hizmetin sunum şeklini ifade etmektedir. Hizmet işletmelerinde, çalışanların görünüşleri ve davranışları müşterilerin hizmet kalitesi hakkındaki görüşlerini etkilemektedir. Örnek olarak, kuaförde saç kesildikten sonraki saçın durumu, bir restoranda yemek yedikten sonra yemekten alınan lezzet ya da bir ilacın hastalığı tedavi etmesi birer teknik sonuçtur. Fakat teknik boyutun müşterilere ulaşım şekli de önemlidir. Örnek olarak; garsonun yemeği sunumu, berberin tavır ve davranışları, giyimi söylenebilir. Bu konuda yapılan araştırmalar, işlevsel kalitenin yüksek olmasının, teknik kalitede performansındaki yetersizliği tolere edebileceğini göstermektedir. Ancak bu durumun tam tersi oluşursa, müşterinin tatmin düzeyi düşük olabilmektedir, yani sunulan hizmetten çok müşteri nasıl sunulduğuyla ilgilenmektedir (Yeşilada ve Direktör, 2010). Son kalite boyutu olan firma imajı ise, hizmet işletmesinin müşteri gözündeki zihinsel görüntüsü anlamına gelir. Bu algılar bilinçli ya da bilinçsiz olabilmekte ve müşterinin daha önceden edindiği

tecrübelere binaen oluşmaktadır. Yani firma imajı kişilerin kuruluşlar hakkında duydukları, gördükleri yani kuruma duydukları sempattır (Tengilimoğlu ve Öztürk, 2004).

Şekil 1’de görüldüğü üzere, toplam algılanan kalite beklenen kalitenin ile algılanan kalite ile kıyaslanması ile oluşmaktadır. Beklenen kalite, algılanan kalitenin altında ise toplam algılanan kalite yüksek çıkar ve bu durumda müşteri memnuniyeti sağlanmış olur. Aksi durumda kalitenin düşüklüğü oluşur ve müşteri memnuniyetsizliği ile karşılaşılır.

1.3.3.2. SERVPERF Hizmet Kalitesi Modeli

SERVQUAL modelini birçok araştırmacı tarafından eleştirilmiştir. Bunlardan Cronin ve Taylor ve Parasuraman tarafından geliştirilmiş olan modelde, hizmet kalitesi ölçümü beklenen kalite ile algılanan kalitenin birbirinden farkı olarak ele alınmıştır. Oysa hizmet kalitesinin bu ikisi arasındaki farka göre ölçülmesi gerektiğini destekleyecek yeterli kanıt olmadığını ileri sürerek, hizmet kalitesini “beklentiler ve algılamalar arasındaki fark” temelinde ölçmek yerine; sadece hizmet üreticisi tarafından ortaya konulan performansa dayalı olarak ölçecek yeni bir ölçüm modeli olan SERVPERF hizmet kalitesi modelini geliştirmişlerdir (Cronin ve Taylor, 1994).

Cronin ve Taylor’ın meydana getirdikleri SERVPERF’de, SERVQUAL yönteminin beş temel boyutu kullanılmıştır. Ancak bu yöntemde, farklı olarak tüketicilerin hizmetten beklentilerinin ölçülmesi gerekli görülmemiştir. SERVQUAL’de algılanan hizmetin beklenen hizmetten farkı olarak kavramsallaştırılan hizmet kalitesi, SERVPERF’de, tekniğe de adını veren, “Performans Temelli Ölçüm” sayesinde belirlenecek hale getirilmiştir (Şekerkaya, 1997).

Cronin ve Taylor, hizmet kalitesinin ölçümünde ortaya koymuş oldukları SERVPERF modeli ile SERVQUAL’dan farklı olarak “Tüketici Tatmini” kavramı üzerinde durmuştur. Bu iki araştırmacıya göre, tüketicilere yüksek kaliteli hizmet her zaman temin edilemeyecektir fakat tüketiciler her zaman tatmini yüksek olacağı hizmeti tercih edeceklerdir. Tüketicilerin tercihlerini her zaman aldıkları hizmetin kalitesine göre belirlemeyip esas etkin olanın alınan hizmetten duyulan tatmin olduğunu öne

sürmüşlerdir. Bu yönüyle SERVPERF'in SERVQUAL'e göre daha geçerli sonuçlar vereceğini öne sürmüşlerdir çünkü onlara göre SERVQUAL anlık memnuniyeti ölçerken, SERVPERF ise uzun vadede müşterinin hizmet kalitesi algısını ölçen çok daha kararlı sonuçlar daha iyi bir göstergedir (Şekerkaya, 1997).

SERVPERF modeline geniş perspektiften baktığımızda bu modelin literatüre yeni bir bakış açısı getirdiği aşikârdır. Söz konusu katkı, hizmet üreticilerine işletmeleri için hayati bir tecrübe sağladığından ötürü oldukça önemlidir (Brady vd., 2002).

1.3.3.3. Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli

Hizmet sektörünün ve buna bağlı olarak hizmet kalitesi kavramlarının önem kazanmaya başladığı 1970'lerden itibaren araştırmacılar hizmet kalitesi ölçümü için çeşitli model ve ölçekler geliştirmeye çalışmışlardır (Alakavuk, 2007).

Bu araştırmalar içinde ilk çalışmayı İskandinav bilim adamı Christian Grönroos yapmış ancak Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından 1983-1995 yılları arasında geliştirilen Boşluk (Gap) modeli ve bu modelin ölçeği SERVQUAL hizmet kalitesi ölçeği en çok kabul gören ve uygulanan çalışma olmuştur. Çünkü hizmet kalitesi konusunda yapılan çalışmalar arasında konuya yaklaşım biçimi, içeriği, güvenilirliği ve geçerliliği açısından en gelişmiş çalışma olduğu söylenebilir.

Boşluk modelinin temeline bakıldığında ana unsurlarının “Beklenen Hizmet” ve “Algılanan Hizmet” olduğu söylenebilir. Beklenen hizmet özetle müşterinin hizmet almadan önce zihnindeki kalite kriteridir. Algılanan hizmet ise hizmet işletmesi tarafından müşteri beklentilerinin algılanması ve bunun neticesinde hizmetin sunumunun yapılması ve en son olarak da sunulan hizmetin müşteri tarafından algılanması sonucu oluşan kalitedir. Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin tasarladığı boşluk modelinde hizmet kalitesi ifadesi yerine “algılanan hizmet kalitesi” ifadesi kullanılmıştır. Algılanan hizmet kalitesini tam ifade edecek olursak, tüketicinin hizmet sunumu öncesi beklentileri (Beklenen Hizmet) ile deneyimledikleri hizmet sunumu (Algılanan Hizmet) karşılaştırmanın bir sonucudur diyebiliriz. Bu matematiksel hesabın sonucunda artı veya eksi yönde oluşan değer hizmet kalitesi değeri olarak ortaya çıkmaktadır (Mohammad, 2007).

Özetle, modele göre algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin hizmeti aldıktan sonra zihinlerinde oluşturdıkları kalite algısı ile beklentileri arasındaki farktır. Hizmet kalitesi “Müşteri beklentilerinin ile algılarının arasında oluşan farklılık değeri” olarak tanımlanmış ve şu şekilde formüle edilmiştir (Parasuraman vd., 1998).

$$\text{Hizmet Kalitesi} = \text{Algılanan Kalite} - \text{Beklenen Kalite}$$

Bu matematiksel hesaba göre 3 farklı durum oluşabilir. Beklenen hizmetin algılanan hizmetten büyük olması durumunda kalite değeri olumsuz olur ve bu durum kabul edilemez. Algılanan hizmetin beklenen hizmete eşitliği durumunda doyurucu kalite düzeyine ulaşılır. Son olarak, beklenen hizmetin algılanan hizmetten düşük olması durumunda ise arzulanan kalite gerçekleşmiş demektir (Yılmaz, 2007).

- a) Algılanan Kalite < Beklenen Kalite => Düşük Kalite
- b) Algılanan Kalite > Beklenen Kalite => Yüksek Kalite
- c) Algılanan Kalite = Beklenen Kalite => Doğru Kalite

Düşük kalite durumu: Müşterilerin beklentilerinin algılarına nazaran düşük olması durumunda ortaya çıkmaktadır. Başka bir deyişle işletme müşterilerinin beklentilerini karşılanamamıştır. Bu durum müşteriler için memnuniyetsizlik yaratırken, işletmeler için ise acil eylem gerektirmektedir.

Doğru kalite durumu: Müşteri beklenti ve algılarının birbirine denk olarak karşılanması durumunda ortaya çıkmaktadır. Bu noktada önemli olan husus; beklentiler ve algılar eşit olduğu için, zamanın seyri içerisinde bir müddet sonra müşteriler tarafından beklentilerin yükseltileceği gerçeğidir. Sunulan hizmetin kalitesinde sürekli artırımı sağlanamazsa, doğal olarak beklentiler karşılanamayacak ve düşük kalite durumuna düşülecektir.

Yüksek kalite durumu: Müşterilerin beklentilerinin algılarına nazaran yüksek olması durumunda ortaya çıkmaktadır. Yüksek kalite teoride arzu edilen bir durum olarak gözükebilir ancak, müşterilerin beklentileri sürekli yükselme eğilimindedir. Bu yüzden müşteri sonraki hizmet deneyiminde daha fazlasını isteyecektir. Sonuç olarak hizmet

işletmeleri yüksek kalitede hizmet verdiklerinde bile sürekli iyileştirme çalışmalarına devam etmek zorundadırlar.

SERVQUAL ölçeği beklenti ve algı soruları olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. İlk kısımda hizmeti kullanan müşterilerin beklentileri, ikinci kısımda ise, müşterilerin işletmeden aldıkları hizmete ilişkin algılarını ölçmek amaçlanmaktadır. Bu ölçekte "Tamamen Katılıyorum" ile "Kesinlikle Katılmıyorum" ve bunların arasında değişen tercihli Likert Ölçeği kullanılacaktır. Anket çalışmasında ise katılımcılara sorulan sorular karşısında puan vermeleri istenir (Parasuraman vd., 1988).

SERVQUAL skoru aşağıda verilen formül ile hesaplanır:

$$\text{“SERVQUAL Skoru (SP) = Algı Skoru (A) – Beklenti Skoru (B)”}$$

Beklenti ifadesi: Mükemmel bir hastanede çalışanlar vatandaşların her türlü sorularına cevap verecek bilgiye sahiptirler.

Kesinlikle Katılmıyorum -----→ Kesinlikle Katılıyorum

1 2 3 4 5

Algı ifadesi: Hacettepe Erişkin Hastanesinde çalışanlar vatandaşların her türlü sorularına cevap verecek bilgiye sahiptirler.

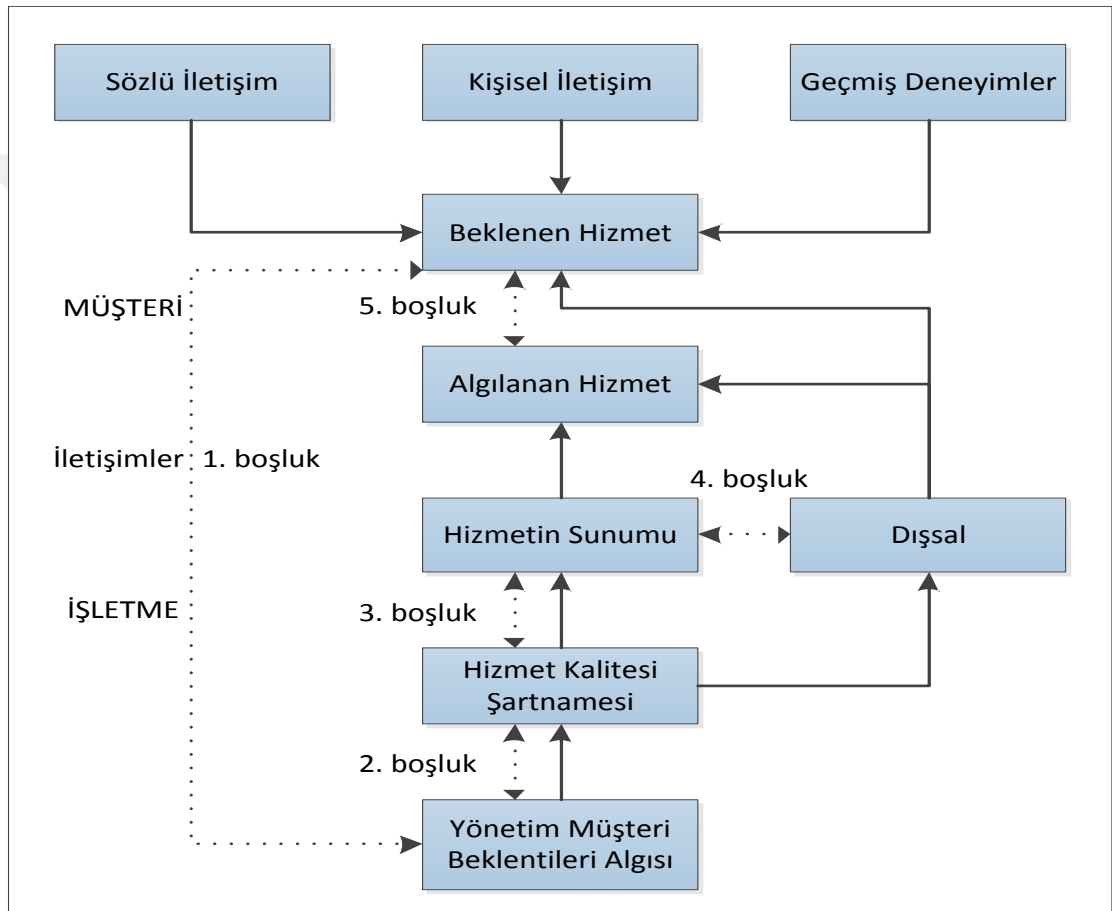
Kesinlikle Katılmıyorum -----→ Kesinlikle Katılıyorum

1 2 3 4 5

Parasuraman, Zeithaml ve Berry literatüre yaptıkları katkılardan bir diğeri ise fark analizidir (Gap Analysis) ve bu fark analizleri aynı zamanda modele adını vermektedir (Parasuraman vd., 1988). Parasuraman, Berry ve Zeithaml hizmet işletmelerinin kalite seviyeleri ile faaliyetleri arasında bazı boşluklar tespit etmişlerdir. Daha sonra boşlukların aynı zamanda müşterileri beklentileri ile müşterilerin tecrübe ettikleri gerçek hizmet deneyimi arasında da olduğunu fark etmişlerdir. İlk dört boşluk hizmet işletmesinin, kurumsal olarak eksikliklerinden kaynaklanmaktadır. Beşinci boşluk ise, beklenen hizmetin algılanan hizmet ile arasındaki farka dayalı olarak oluşmaktadır. Algılanan hizmet kalitesi sonuç olarak, hizmetlerin tasarımı, pazarlaması ve dağıtımı ile

ilişkili boşlukların (İlk dört boşluk) durumuna bağlı olarak oluşan beşinci boşluğun büyüklüğü ve yönüne bağlıdır. İlk dört boşluğun artması veya azalması beşinci boşluğu direk olarak etkilemektedir. Bu boşlukta oluşan bir azalma nihai olarak müşterinin memnuniyetinin artmasına, artma ise ters orantılı olarak müşteri memnuniyetinde bir azalmasına işaret etmektedir. Şekil 2’de yukarıda ifade edilen boşluklar ve bu boşluklara sebep olan etmenler gösterilmiş ve açıklanmıştır.

Şekil 2: Hizmet Kalitesi Boşluk Modeli



Kaynak: Parasuraman vd., 1985

Boşluk 1: (Müşteri Beklentileri ile Yönetimin Müşteri Beklentilerine İlişkin Algılamaları Arasındaki Fark-Gap 1)

En temel noktada oluşan boşluktur. Hizmeti alanların beklentileri ile hizmet işletmelerinin bu beklentileri algılamaları arasında oluşan boşluktur. İşletmenin müşterilerinin beklentilerini yanlış olarak anlaması durumunda bu boşluk oluşur. Bu durumda yanlış noktaya odaklanıldığından istenilen sonuç doğal olarak oluşmayacaktır.

Birinci boşluk, İlk boşluk olması hasebiyle firma tarafından müşteri isteklerinin eksik veya yanlış anlaşılması sonucunda sonraki boşluklarda yapılan yatırımın anlamsız kalacağı gerçeği ile yüzleşilmesi gerekeceğinden en çok önem verilmesi gereken boşluktur. Böyle bir istenmeyen durumda yanlış anlamının temelde iki nedeni olduğu söylenebilir. İlk neden hizmet işletmelerinin müşteri beklentilerini belirleme konusunda isteksiz davranması ve bu hususta hiçbir gayret göstermemesidir. İkincisi ise, müşteri beklentilerinin müşteri bakış açısıyla değil, içerden dışarıya bakmak suretiyle öğrenilmeye çalışılmasıdır. Bu durumda da karşı tarafı anlayamamaktan bir boşluk oluşacaktır (Atan ve Altan, 2004).

Örnek olarak, kredi kartı hizmetlerinde, genel kanı limitin yüksek tutulmasının olumlu algılanacağıdır ama düşünülenin tersine, birçok müşteri kredi kartı limitinin yüksek olmasını istemeyebilir. Eğer banka yönetimi bu durumdan haberdar olmazsa bilmeden kalitesini arttırmak için bir çaba içerisine girecek ama tam tersi kalitesizlik yaratacaktır. Çünkü kredi kartının yüksek limitli olması her ne kadar olumlu gibi algılanabilir gibi gözükse de bazı müşterilerin hizmet kalitesi algısını olumsuz olarak etkileyebilecektir.

Boşluk 2: (Yönetimin Müşteri Beklentilerini Algılaması ile Hizmet Kalitesi Spesifikasyonları Arasındaki Fark-Gap 2)

Birinci boşlukta sorun olmayabilir yani müşteri beklentileri doğru belirlenmiş olabilir. Ama bu beklentilerin karşılanmasını sağlayacak doğru hizmetlerin tasarlanması ve bu hizmetlerin kaliteli olarak sunulması gerekir. Ancak, hizmet sunucular genellikle müşterilerin beklentilerini karşılama ve bu beklentilerin de üzerine çıkmada güçlükler ile karşılaşmaktadır (Parasuraman vd., 1988). Parasuraman ve diğ. göre çoğu işletme için ikinci boşluk geniş bir boşluktur. Sektördeki işletmelerle yapılan görüşmelerde de bu sorunun en çok sıkıntıya sebep olan boşluğu oluşturduğu defalarca dile getirilmiştir (İbik, 2006).

İkinci boşluğun olduğu durumda, yönetim müşterinin ne beklediğini bilmekte ama buna karşılık verecek şekilde hareket edememektedir. Bunun en önemli nedenleri; öz verisiz çalışma, kaynak yetersizliği, kısa dönem kar amacı, piyasa şartlarıdır (Parasuraman vd., 1988). Örnek verecek olursak, bir restoran işletmesinin, müşterilerinin hızlı hizmet konusundaki beklentilerine paralel olarak garsonlarına süre konusunda standart oluşturması gerekir. Ancak bu sürenin kaç dakikadan ibaret olduğunu söylemeksizin

muğlak bir şekilde hızlı hizmet sunma standardı koyması ikinci boşluğa sebep olmaktadır.

Boşluk 3: (Hizmetin Belirlenen Özellikleri ile Sunulan Gerçek Hizmet Arasındaki Fark-Gap 3)

Bu boşluk, hizmet kalitesi boşlukları arasında en bariz olanıdır. Bu boşlukta işletme müşteri beklentilerini tanımlamada hata yapmamış ve bu beklentileri karşılamak adına gerekli standartları oluşturmuş olmasına rağmen, arzu edilen hizmet performansını gösterememiştir. Bu boşluk genelde çalışanların eğitimsizlik, kalifiye olmamak, yoğunluk gibi sebeplerle hizmetin arzu edilen seviyede kalitede sunulamamasında veya bu konuda gerekli özverinin gösterilmemesinden kaynaklanır (Sevimli, 2006).

Parasuraman ve arkadaşları üçüncü boşluğun oluşmasına sebebiyet veren yedi madde tespit etmişlerdir. Bunlar (Sevimli, 2006);

1. Rol belirsizliği,
2. Rol çatışması,
3. Personelin işe uygun olmayışı,
4. Teknolojinin işe uygun olmayışı,
5. Denetim mekanizmasının işe uygun olmayışı,
6. Algılanan kontrol sorunları,
7. Takım çalışması sorunları

Boşluk 4: (İşletmenin Müşterilerine Sunmayı Vaat Ettiği Hizmet İle Sunduğu Hizmet Arasındaki Fark-Gap 4)

Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından tasarlanan hizmet kalitesi modelinde dördüncü boşluk, toplam hizmet kalitesi skorunu üzerinde en önemli etkisi olan faktörlerden birisi olarak değerlendirilmektedir (İbik, 2006).

İşletmeler ilk etapta hizmet ile bilgiler verirler ve bu bilgilere göre müşterilerde beklentiler şekillenir. Bu boşluk hizmet işletmesinin sunmayı taahhüt ettiği hizmet ile sunduğu hizmet arasındaki farkı tanımlar. Bu fark şöyle örneklendirilebilir. Bir kuaför 5 dakikada kesim yapacağını taahhüt ederse ve bu süreyi tutturamazsa 4. Boşluk oluşur.

Bu durumda, aşırı vaatler sebebiyle beklenti seviyesi artan müşteri normalde memnun kalacağı bir hizmetten memnun kalmayacaktır.

Parasuraman, Zeithaml ve Berry yaptıkları çalışmalarda dördüncü boşluğa sebebiyet veren iki faktör tespit etmişlerdir.

Yatay iletişimde yetersizlik

Yatay iletişim, hiyerarşik yapının tersine hem işletme içindeki birimler arasında, hem de işletme birimlerinin kendi içinde, yatay bilgi akışının mevcudiyetidir. Bu iletişim şeklinin amacı bölümlerin koordine edilmesi ve birbirlerinin işlerinin durumları hakkında bilgilenmeleridir. Eğer işletmenin amacı müşterilere kaliteli hizmet sunmak ise, yatay iletişim kesinlikle gereklidir. Bu sayede hizmetleri sunanlar ile reklam ve pazarlama bölümü iletişime geçebilecektir. Aradaki iletişim arttığında, müşterilerin hizmetle ilgili beklentileri rasyonel olmakta ve sonuçta herhangi bir hayal kırıklığı yaşanmamaktadır (Parasuraman vd., 1988).

Abartma eğilimi

Dördüncü açıklıkla ilgili bir diğer faktör, müşteri çekme amaçlı olarak gelişen aşırı taahhüt eğilimidir. Bunun sebebi ise hizmet sektöründeki şiddetli ve düzensiz rekabet şartları denilebilir. Sonuç olarak, 4. boşluğun büyüklüğü, işletmenin direk olarak aşırı taahhüt eğiliminden kaynaklanıyor diyebiliriz (Parasuraman vd., 1988).

Boşluk 5: (Beklenen Hizmet ile Algılanan Hizmet Arasındaki Fark-Gap 5)

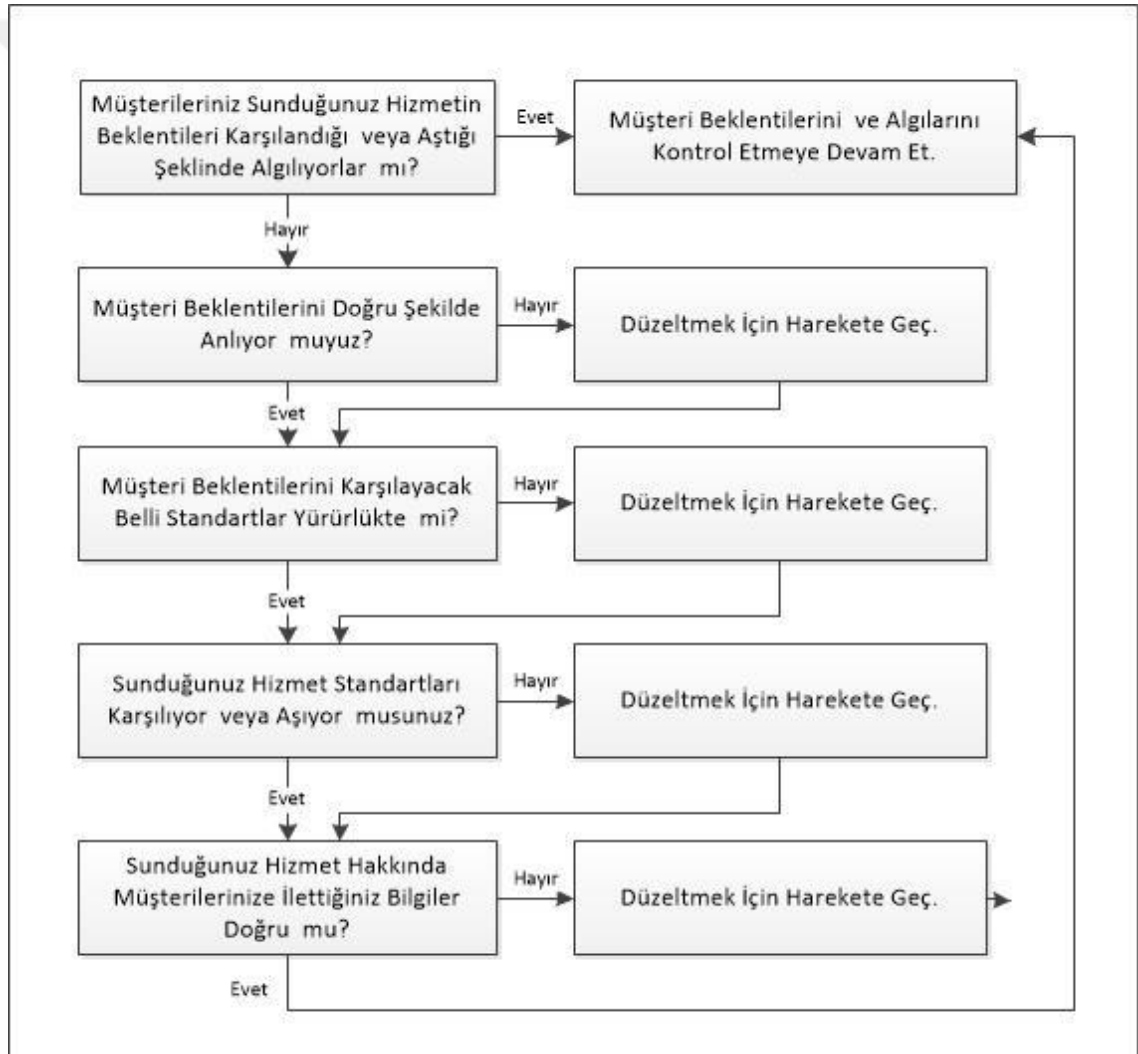
Beşinci fark, müşterinin kalite algısını etkileyen diğer dört farkın neticesinde oluşup, bu farkların bir fonksiyonu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu 4 boşluk çeşitli oranlarda müşteri tarafından ağırlandırılarak bir fonksiyon halinde bu boşlukta birleşirler. Yani diğer boşluklar hizmeti sunan işletmeler tarafından oluşturulurken bu boşluk diğerlerinden farklı olarak müşteriler tarafından oluşturulmaktadır (Değermen, 2006).

$$\text{Boşluk 5} = f(\text{Boşluk 1, Boşluk 2, Boşluk 3, Boşluk 4})$$

Beşinci boşluk, diğer dört boşluğun bir fonksiyonu olduğundan, bunun kapatılması için yapılması gerekenler, diğer dört boşluğun kapatılması için yapılması gerekenlerden oluşmaktadır. Çünkü bu dört boşluktan birinin açılmasına yol açan neden, beşinci boşluğunda açılmasına yol açmaktadır (Parasuraman vd., 1990).

Ayrıca Parasuraman ve arkadaşları hizmet kalitesinin sürekliliği üzerine de düşünmüşlerdir. Şekil 3’de de görüldüğü üzere kalitenin ölçümü ve iyileştirilmesi için uygulanabilecek bir süreç akışı geliştirmişler ve hizmet kalitesinin sürekliliğinin bu şekilde sağlanabileceğini ifade etmişlerdir.

Şekil 3: Hizmet Kalitesinin Sürekli Ölçüm ve İyileştirilme Döngüsü Modeli



Kaynak: Parasuraman vd., 1990

1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

1.4.1. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhisi ve tedavisi, rehabilitasyonu, hatta hastalıklar oluşmadan engellenmesi ve daha da ileri giderek toplumun sağlık düzeyinin spor veya eğitim faaliyetleri kullanılarak geliştirilmesi ile ilgili faaliyetlerin tümü olarak tanımlanmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010). Başka bir şekilde ifade edecek olursak, sağlık hizmetleri insanların yaşam sürelerini, refah ve mutlu bir şekilde sağlamaya yönelik bütün faaliyetleri kapsamaktadır (Orhaner, 2006).

Sağlık hizmetleri kavramı, önemi günden güne artan ve gündeme daha yoğun ve daha profesyonel bir şekilde gelen bir kavramdır. Sağlık hizmetlerini diğer hizmet türlerinden ayıran çok önemli bir fark bulunmakta ve bu yüzden çok farklı bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu önemli farklılık hayat kalitesi ve hatta canın söz konusu olmasıdır (Öz ve Uyar, 2014).

“Sağlık sisteminin ana fonksiyonlarından biri, topluma sağlık hizmetleri sunmaktır” (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008). Hayat sürecine bakıldığında, bir toplumdaki her birey hayatının farklı dönemlerinde sağlık hizmetlerinden faydalanmak zorunda kalabilmektedir. Yani sağlık hizmetleri için toplumsal bir ihtiyaç ve temel insan hakkı değerlendirmesi yapılabilir.

“Sağlık hizmetleri bir kaza veya hastalık meydana geldiğinde zararın onarılması için talep edilen ve hemen her bireyin tüketme ihtimalinin yüksek olduğu bir hizmettir” (Yaylalı vd., 2012). Bu tanım, sağlık hizmetlerinin sahip olduğu kapsama farklı bir bakış açısı kazandırmaktadır. O halde sağlık hizmetleri için bireylerin sağlıklarını korumak, eski sağlığa kavuşturmak ve hatta sağlık düzeyi geliştirmek gibi çabaların yer aldığı anlaşılmaktadır.

Yapılan tanımlardan anlaşılacağı üzere sağlık hizmetlerinin kapsamı oldukça geniştir. Ama tüm tanımlarda ortak nokta olarak her insanın sağlık hizmetlerinden faydalanabileceği olasılığı, dikkat çeken hususlardan birisidir. Bununla birlikte sağlık hizmetleri, diğer hizmet alanlarından ayrılan birçok özelliğe sahip olması nedeniyle de

önem ifade etmektedir. Tüm bunlara ek olarak sağlık hizmetlerinin sunum kalitesi, ülkelerin gelişmişlik göstergelerden bir tanesidir (Altay, 2007).

1.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin, diğer hizmet sektörlerinde olduğu gibi kendine has özellikleri vardır. Çünkü sağlık sektöründe müşteri talepleri çoğu zaman acil olarak karşılanmak zorundadır. Eğer bu gerçekleşmezse sadece prestij ve maddi kaybın yanında hukuki sorumluluk ve hayati risk söz konusudur (Filiz, 2010). Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran bazı özelliklerini sıralayacak olursak;

- Sağlık hizmetlerinin katı bir talep yapısı bulunur. Yani, sağlık hizmetlerinde fiyat ne kadar artsa da talebin sabit kalması eğilimi yüksektir. Normal olarak herkes, kendi sağlığı için veya yakınlarının (örneğin çocuğunun) sağlığı için parasının tamamını ve tüm malvarlığını vermeye hazırdır. Bu nedenle, sağlık alanında faaliyet gösteren özel müteşebbisler, sağladıkları hizmetlerin karşılığı olarak diledikleri fiyatı istemekte geniş bir serbestliğe sahiptirler (Işıklı, 2011). Sağlık hizmetleri piyasasına kamusal müdahalenin temel sebeplerinden biri de, bu durumun ortaya çıkarabileceği olumsuz durumları engellemektir.
- Sağlık hizmetleri sunumu emek yoğun ve sürekli. Pek çok örgüt için insan gücü en önemli üretim unsurudur. Özellikle emek-yoğun teknolojiye sahip örgütler için bu unsur çok daha önemlidir. Sağlık kurumları da, toplumun gereksindiği sağlık hizmetlerini karşılamak amacıyla faaliyet gösteren emek-yoğun teknolojiye sahip bir örgüt olduğu göz önüne alındığında belirlenen amaca ulaşmada, sağlık kurumlarının başarısı ve başarısızlığı personeline bağlıdır (Özer ve Bakır, 2003).
- Sağlık hizmetleri bütüncüldür yani sadece bir tanesinin bile yokluğu nihai neticeyi akamete uğratabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde bütüncül, ihtiyaçlara göre yapılandırılan bir sürecin yaşatılması gerekir. Bu dinamik süreç de sürekli değerlendirme, bireyi ve toplumu birlikte ele alma, bireyin koşullarını bütün risk faktörlerini de önceleyerek gözden geçirme gibi sağlığın birey için temel bir hak olduğu kurgusu içinde ele alınabilir (Aslan, 2007).

- Sağlık hizmetlerinde kalitesizlik kabul edilemez. Kaliteli hizmet her alan için gereklidir ancak sağlıkta zorunluluktur. Bir sağlık kurumundaki tüm faaliyetlerin, sürekli olarak gözden geçirilerek iyileştirilmesi ve tüm çalışanların takım çalışması yaparak kendi ve müşterilerinin beklentilerinin karşılanmasını/aşılmasını sağlayan katılımcı bir yönetim anlayışını benimsemesi önemlidir (Kömürcü, 2006).
- Sağlık hizmeti talebi çoğunlukla tesadüf eseri olur. Sağlık hizmetlerinin arz ve talep tarafında belirsizlik hâkimdir. Kişiler tam olarak ne zaman sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyacaklarını kestiremezler; sağlık hizmetlerinde talep tesadüfî olarak ortaya çıkmaktadır (Barlas vd., 2014).
- Sağlık hizmetlerinde talebin belirleyicileri arasında doktor bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin özelliklerini ölçmek, hastanın bilgi ve becerisini aşabilir; bu konularda doktorlar söz sahibidir. Görüldüğü gibi hasta ile doktor arasında bir asimetrik bilgi söz konusudur. Asimetrik bilgi, sağlık hizmetleri piyasasının arz cephesinde yer alan doktor ve hastanenin, talep cephesinde yer alan hastanın tutum ve davranışlarında etkili olmasına neden olmaktadır. Genellikle bu tutum ve davranışlar, sağlık hizmetleri piyasasında kaynakların aşırı kullanılması ve harcamaların artırılması yönünde görülmektedir (Bilgili ve Ecevit, 2008).
- Kâr amacından ziyade sosyal fayda sağlama amacı, sağlık hizmetlerinin özellikleri arasındadır. Bu durum sağlık hizmetleri piyasasında faaliyet gösteren özel işletmeler için dahi geçerlidir. Özel Sağlık kurumları kâr amaçlı kurulmuş olsalar bile, sosyal fayda sağladığı sürece, sosyal girişimci olarak kabul edilmektedirler. Örneğin, hastaneler bu tür bir kuruluştur. Çünkü sağlık sorunlarının çözümünde mevcut hastaneler yeterli değilse, girişimcinin başka bir alana yatırım yapması yerine, hastane kurmasında da sosyal bir tercih ve buna bağlı olarak da sosyal fayda söz konusudur (Besler, 2010).
- Sağlık hizmetleri ertelenmesi mümkün olmayan hizmetlerdir. Diğer üretim ve hizmet sektörlerinde kişinin gereksinimini karşılaması için para biriktirmesi ya da her hangi bir maddi karşılık bulması beklenebilmektedir. Ancak gerek acil durumlarda gerekse rutin uygulamalar için sağlık hizmetlerinin ertelenmesi kişinin sağlığını olumsuz etkileyebilir ve yaşamının geri kalan kısmında kişinin sağlıksız olmasına, sakat kalmasına ya da yaşamını yitirmesine yol açabilir. Bu

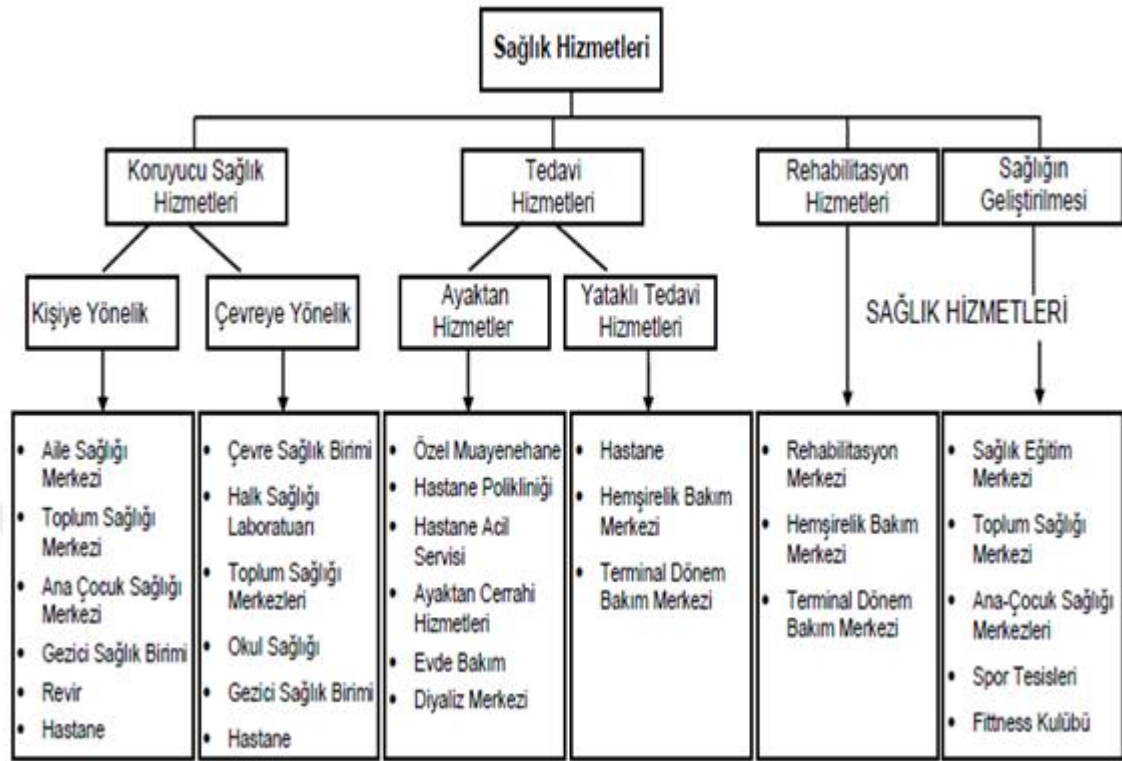
nedenle kişinin gereksinim duyduğu zamanda ve her hangi bir etmene bağlı olmaksızın (para ya da sağlıkla ilgili güvence gibi) sağlık hizmeti alabilmesi sağlanmalıdır (Pala, 2007).

- Bir ülkenin kalkınma göstergeleri arasında sağlık hizmetleri önemli bir yere sahiptir. Günümüzde gelişmiş ya da belirli bir refah seviyesine ulaşmış olan ülkeler, insan gücüne yapılan yatırım olması nedeni ile sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi için her yıl daha fazla kaynak tahsis etmektedirler. Ekonomik kalkınmanın da temel unsuru olan insanın sağlığının korunup geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi için, gelişmiş ülkeler milli gelirlerinden her geçen yıl daha fazla pay ayırmaktadır (Ersöz, 2008).
- Sağlık hizmetlerinden faydalanma düzeyi dünya genelinde artan bir eğilim göstermektedir. Sağlık sektöründeki yenilikler ve özellikle sağlık sigortasının devreye girmesiyle oluşan talep artışı, sağlık harcamalarını çok yüksek rakamlara çıkarmıştır. Sağlık sektöründe kullanılan kaynakların büyüklüğü, kaynakların etkin kullanılması ve performansın artırılması amacının oluşmasına neden olmaktadır (Can ve İbicioğlu, 2008).
- Sağlık hizmetlerinin yapısı değişkendir ve bu nedenle bir standart söz konusu değildir, yani sağlık hizmetleri piyasasında sunulan hizmetler heterojendir. Örnek olarak, aynı bölgede hizmet veren aynı okuldan mezun olmuş iki kadın doğum doktoruna olan talep farklıdır. Normalde benzer olan bu iki hizmet hastalar bakımından farklılık göstermektedir (Bilgili ve Ecevit, 2008).

1.4.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri çeşitli açılardan sınıflandırılmaktadır. Şekil 4'te sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması gösterilmektedir.

Şekil 4: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması



Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010

Şekil 4’te de görüldüğü üzere sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak sınıflandırılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, kişilerin ve halkın sağlıklarının korunması ve ileride oluşabilecek olan risklere karşı alınacak önlemlerin tümünü ifade eder. Bu hizmetlerin diğer sağlık hizmetlerine nazaran maliyetleri az ancak etkisi çok fazladır. Koruyucu sağlık hizmetleri sayesinde devlet bir ön tedbir ile hastalıklar oluşmadan sağlığı garanti altına almayı amaçlar (Zincirkıran, 2016). Tedavi edici sağlık hizmetleri bireyin hasta olmasından sonraki iyileştirme süreçlerini kapsayan iyileştirme faaliyetleridir. Bu hizmetler hekimin önderliğinde, diğer sağlık personellerinin de yardımı ve hastanın iyileşme gayreti ile gerçekleşir (Kurtulmuş, 1998). Rehabilite edici sağlık hizmetleri, yaralanma ve hastalık sonrası bireyin tekrar topluma ayak uydurması, bireyin ruhsal durumunun toparlanması ve kendi ihtiyaçlarını giderebilme yeteneğini kazanması adına sunulan hizmetlerdir. Son olarak, sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde ise amaç, sağlık konusunda mevcut durumla yetinmemek daha da öte noktaya ulaşmak olarak

belirtilebilir. Başka bir deyişle daha sağlıklı olmak olarak tanımlanabilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

1.4.4. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Kavramı

TKY, tüketici beklentilerinin tam olarak, olması gereken zamanda, kaliteli, hızlı ve ucuz olarak devamlı olarak karşılama prensibine dayanmaktadır. Müşteri denildiğinde ilk olarak her ne kadar son kullanıcı akla gelse de, aslında sağlık sektöründe müşteri, her aşamada varlığını hissettirmektedir. Bu yüzden müşteri kavramını en geniş haliyle tanımlamasını yapmak daha doğru olacaktır. Müşteri; hangi ürünün nerede, ne zaman, hangi fiyattan satılacağı gibi birçok değeri doğrudan veya dolaylı olarak belirleyen kişi veya kuruluşlardır. Bu ekseninde düşünecek olursak, sadece işletme dışındaki son kullanıcılar değil aynı zamanda şirket içindeki personel tedarik zincirinde, dağıtım ağında var olan herkestir denilebilir (Soylu, 1999).

Tablo 7’de görüldüğü üzere sağlık sektöründe modern yönetim yaklaşımlarında, üç temel müşteri grubu tanımlanmaktadır (Engiz, 1999).

Tablo 7: Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Tipleri

GLOBAL MÜŞTERİ	DIŞ MÜŞTERİ	İÇ MÜŞTERİ
Toplum	Hastalar	Hekimler
Tıbbi Etik	Hasta yakınları	Yönetim
Sağlık Bakanlığı	Sigorta Şirketleri	Çalışma Grubu

Kaynak: Akgün ve Erdal, 1997

Global Müşteri

Faaliyetlerimizden doğrudan etkilenmeyen kişi veya kuruluşlardır.

Dış Müşteri

Ana unsur oldukları için faaliyetlerimizden doğrudan etkilenen kişi veya kuruluşlardır.

İç Müşteri

Faaliyetlerimizin yerine getirilmesinde aktif katılımı olan kişi veya kuruluşlardır.

Sağlık sektöründe müşteri salt hasta olarak değerlendirilmemektedir. Bir hastanenin müşterileri aynı zamanda hastaların aileleri, doktor ve hemşireler, diğer sağlık personeli, sigorta şirketleri, tıbbi araç gereç tedarikçileri, sermayedarlar hatta intern öğrencilerdir (Kaya ve Akbolat, 2003) Bir sağlık kurumu varlığını korumak istiyorsa bu üç tip müşterilerin memnuniyetini sağlamalıdır. Bunun içinde tüm faaliyetlerini tasarlarken müşteri isteklerini göz önüne almalıdır. Ancak bu şekilde tam anlamıyla müşteri kelimesi anlamını bulabilir (Tengilimoğlu, 2013).

1.4.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Globalleşen dünyada artan rekabet ortamında varlıklarını sürdürebilmek için işletmelerin müşterilerine uygun fiyattan, kısa süre içinde ve yüksek kaliteli mal veya hizmeti sunmak zorunda oldukları yadsınamaz bir gerçektir. Bu durum her sektörde olduğu gibi sağlık sektörü için de geçerlidir. Diğer taraftan artık müşteriler de daha bilinçli olmaktadır. Bu durum da her geçen gün sağlık hizmeti almak isteyen müşterilerin kalite beklentilerinin artmasına sebep vermektedir (Yalkın, 2010).

Literatürüne bakıldığında sağlık hizmetlerinde kalite ile ilgili birçok tanımlama yapıldığı görülmektedir. ABD Tıp Enstitüsüne göre ise “Sağlık hizmetlerinde kalite, tıp bilimi ve teknolojisi ile şu andaki profesyonel bilgi ve tecrübelerin bir sonucu olarak ifade edilebilir. Bu sonuç optimallik, hukukilik, kabul edilebilirlik, etkililik, etkenlik, verimlilik ve hakkaniyeti de kapsayan özelliklerle ifade edilebilir” (Kaya, 2013).

Sağlık hizmetlerinde kalite konusunda ciddi çalışmaları bulunan Donabedian sağlık hizmetlerinde kaliteyi; “hizmet sürecinin tüm aşamalarındaki arzu edilen tüm fayda ve

zararların dengesi değerlendirildikten sonra, sağlık hizmeti alacak olan müşterinin iyilik halinin kapsamlı olarak maksimum seviyeye çıkarması” olarak tanımlamaktadır (Donabedian, 2003).

Sağlık kurumlarının kendine has karmaşık yapısı sebebiyle, sağlıkta kalitenin tanımlanması oldukça güçtür. Bu konuda ciddi araştırmaları olan Donabedian’a göre sağlık hizmetlerinin yedi temel özelliği vardır ve bu özellikler kaliteyi veya kalitesizliği belirler. Bu özellikler (Donabedian, 2003):

- **Etkenlik**; sağlık düzeyini geliştirecek en iyi hizmeti sağlayabilmek,
- **Etkililik**; sağlık düzeyinde mümkün olduğunca fazla gelişmeyi sağlayabilmek,
- **Verimlilik**; sağlıkta mümkün mertebe gelişimi engellemeden maliyetlerde azaltma sağlayabilmek,
- **Optimallik**; maliyet ve faydalar arasındaki en ideal dengeyi sağlayabilmek,
- **Kabul edilebilirlik**; hasta – doktor ilişkileri, hizmetin kolay kullanımı, maliyet vb. açılardan hastanın arzularına ve beklentilerine uygun olarak yapılandırabilmek,
- **Meşruluk**; kültürel tercihlere uygun olarak hizmetleri sunabilmek,
- **Eşitlik**; hizmet sunumunun adilane bir şekilde yapılabilmesi, şeklinde özetlemek mümkündür.

Diğer taraftan Amerikan Tıp Birliği Konseyi tarafından sağlık hizmetleri ile ilgili yayınlanan bir rapora göre, yüksek kaliteli sağlık hizmetinde bulunması gereken özellikler aşağıdaki şekilde belirlenmiştir (Özgen, 1995);

- Hastanın fiziksel fonksiyonunda, ruhsal durumunda olabildiğince kısa sürede makul ilerleme yaşanması,
- Sağlık statüsünün yükseltilmesi ve erken teşhis ile hastalıkların tedavisi,
- Sadece gerekli olan sağlık hizmetinin tam zamanında ve sürekli olarak verilmesi,
- Tedavi aşamalarında hastanın da fikirlerinin alınarak kararların beraber alınması,
- Tedavi sonucunda arzu edilen iyileşmenin sağlanabilmesi için tüm sağlık sistemlerinden etkin bir şekilde yararlanılması,

- Sağlık personeli değişimi de düşünülerek hasta tıbbi kayıtların tutulması ve bu sayede sürekliliğin sağlanması,
- Hastanın psikolojik durumu da göz önüne alınarak hastaya olumlu yaklaşılması,
- Tıbbi etiğe uygun ve modern teknolojiler de kullanılarak verimli sağlık hizmeti sunulması prensibine dayanması belirtilebilir.

Sağlık hizmeti üretiminde, üretim sürecindeki tüm unsurlar bir bütün olarak çalışmak zorundadırlar. Bu yüzden, sağlık sektöründe hizmet kalitesinden bahsedebilmek için öncelikle; kararlı bir yönetim modeli ve organizasyon yapısının olması büyük önem taşımaktadır. Ayrıca, işletme personelinin nitelikleri ve tecrübesinin yeterli olması ayrıca örgütte çalışan herkesin üretilen hizmette katkılarının olduğunu bilmesi gerekir. Tüm diğer sektörlerde olduğu gibi üst yönetimin kalite konusunda kararlı olması ise en önemli şartlardan biridir. Aksi halde yapılan çalışmalar suni olacaktır.

1.4.6. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları

Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmete en çok ihtiyacı olanların ihtiyaçlarını, örgüte maliyeti en az olacak şekilde ve daha yüksek otoriteler ve satın alıcılar tarafından belirlenen sınırlar ve direktifler içerisinde, tamamen karşılamak olarak tanımlanabilir (Ovretveit, 2000). Sağlık hizmetlerinde kalitenin üç boyutu bulunmaktadır. Bu boyutlar aşağıda açıklanmıştır (Kaya, 2005):

1. Müşteri Kalitesi:

Müşterilerin ve onlara bakanların, hizmetin isteklerine paralel olarak sunulma dereceleri hakkındaki görüşleridir.

2. Profesyonel Kalite:

Hizmetlerin, profesyonel hizmet sunucularına göre, değerlendirmelerin ve tedavilerin doğru şekilde yapılıp yapılmadığı ve gereken sonuçları üretip üretmediğidir.

3. Yönetim Kalitesi:

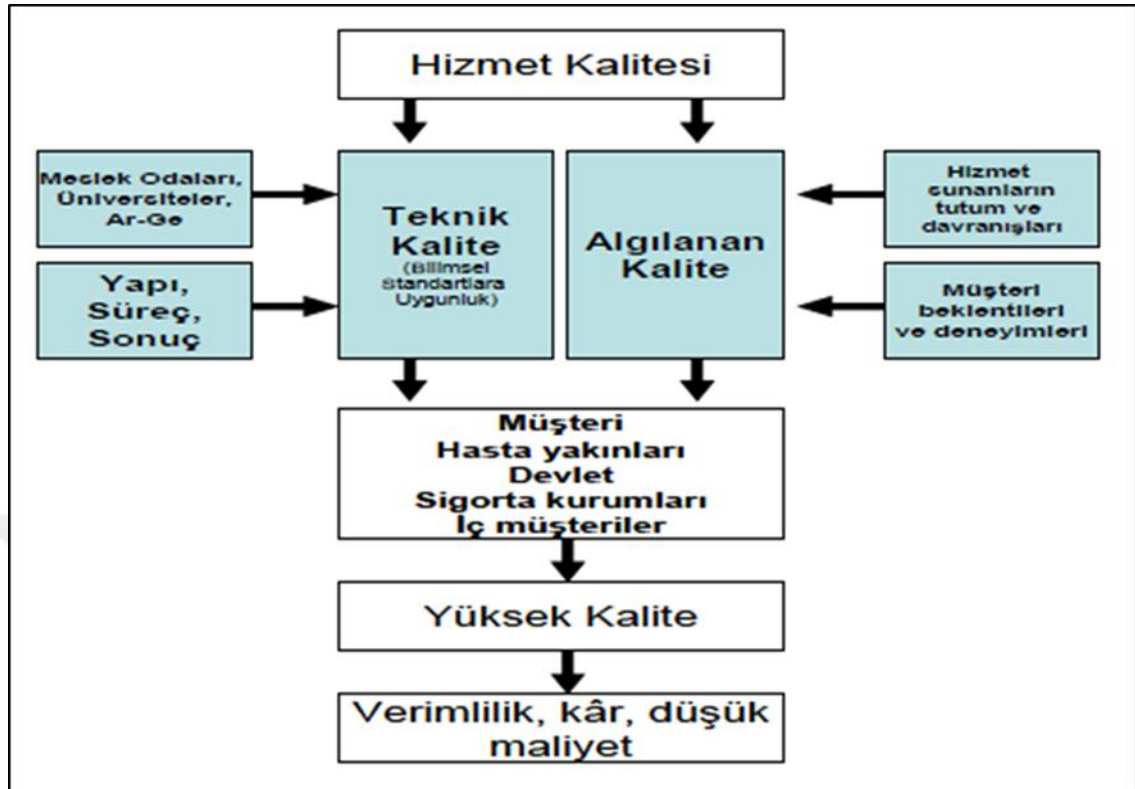
Müşteri ihtiyaçlarını karşılamak için, kaynakların daha yüksek otoriteler/satın alıcılar tarafından belirlenen sınırlar ve direktifler içerisinde, verimli ve prodüktif olarak

kullanımıdır. Müşteri ihtiyaçlarını karşılayacak hizmet sunum sürecinin, tekrarlama, hata ve israf olmaksızın, kaynakları en verimli şekilde kullanmak üzere tasarlanıp tasarlanmadığı, işletilip işletilmediğidir.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin boyutları, müşteriler tarafından algılanan hizmet kalitesinin belirleyicileri arasındadır denilebilir. Bu noktada sağlık hizmetinin kalitesi boyutunda hizmetin fiziksel özellikleri, güvenilirlik, heves, güven ve empati unsurları yer almaktadır (Öz ve Uyar, 2014). Sağlık hizmeti kalitesinin beklenti ve algıları içeriğinde bu boyutların belirleyici rolleri bulunmaktadır. Boyutlar özelinde değerlendirme yapıldığında sağlık hizmetlerinin kalitesinin karmaşık bir hal aldığı görülecektir. Bunun yanında sağlık sektörünün dinamik ve değişken yapısı, kalitenin elde edilmesini zorlaştıran bir başka husustur. Sağlık hizmetlerinde kalitenin boyutlarının değişken yapısının yanı sıra kalitenin insan hayatında hemen hemen her alanda etkisini gösteriyor olması, sağlık hizmetlerinde kalitenin boyutlarını önemli kılan faktörler arasındadır (Tanrıverdi ve Erdem, 2010).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin boyutları içeriğinde, sağlık hizmeti kalitesinin belirleyicilerine yer vermek gerekmektedir. Bu kapsamda yer alan hususlar, Şekil 5’de gösterildiği gibidir.

Şekil 5: Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri



Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010

1.4.7. Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Hizmet Kalitesi

Rekabet edebilme yeteneğini artırıp pazarda mevcudiyetini koruma amacıyla olan diğer bütün işletmeler gibi sağlık kurumları da hizmetlerin müşterilerin zihninde nasıl anlam kazandığını öğrenmek ve buna göre politikalarını geliştirmek zorundadırlar (Özçelik, 2008). Sağlık kurumu sayısındaki artış ve yeni hastanelerin sektöre dâhil olması ile oluşan yoğun rekabet ortamı artık müşterilerin kaliteye daha da fazla önem vermesine sebep vermiştir. Nihai olarak sağlık sektörü özelinde baktığımızda, artık hizmette kalitenin direkt olarak seçim kistası olduğunu söyleyebiliriz (Bircan ve Baycan, 2004). Hatta hastaların hizmet kalitesiyle ilgili algılamaları veya hastaların tatminkârlıkları bir sağlık kurumunun başarısında hayati öneme sahiptir (Zerenler ve Ögüt, 2007).

2002 yılında Tayvan’da 6.725 hasta ile ciddi bir araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaya göre, sağlık hizmetlerinde sanılanın aksine hizmetin fiyatından ziyade sunulan hizmetin kalitesinin en önemli unsur olduğu tespit edilmiştir (Cheng vd., 2006). Sağlık

hizmetlerinde kalite, salt sağlık hizmeti sunan işletmeler ve hastalar içim değil aynı zamanda hükümetler için de üzerinde hassasiyetle durulan en önemli bir konulardan biridir. Sağlık hizmetlerinde kalite, toplumun sağlıklı ve huzurlu ve buna paralel olarak da mutlu ve umutlu olmasına katkıda bulunması hasebiyle siyasi olarak da siyasetçiler tarafından kullanılmaktadır. Bununla birlikte, sağlık sektöründe kalite müşterilerin en önem verdiği konulardan biri olup, ciddi bir rekabet unsurudur (Işık, 2011).

Sağlık hizmetlerinin diğer hizmet sektörlerinden farklı olmasında, hizmeti talep eden taraf ile hizmeti sunanların, verilen hizmet kalitesi konusundaki bilgi düzeylerinin farklı olması etkili olmaktadır (Bilgili ve Ecevit, 2008). Sağlık hizmeti talep eden birey, başvurduğu hekimin sahip olduğu tıbbi bilgiye sahip değildir. Bunun bir sonucu olarak hekim, hasta adına hem hizmetin kalitesini hem de tüketim miktarını tek taraflı olarak belirleme yetkisine ve gücüne sahiptir (Gaynor ve Vogt 1999). Ancak gelişen teknoloji ile tüketiciler aldıkları hizmet hakkında daha verimli bir görüş açısına sahip olabilmektedirler; internet çağı bunu mümkün kılmaktadır. Bu yüzden hizmet kalitesi ölçümü adına çeşitli pratik, deneysel ve teorik tartışmalar hasta algılarını değerlendirmek için kullanılmaktadır (Kaya, 2005).

Tıp teknolojisinde ve tanı ve tedavi yönetimindeki yaşanan gelişmeler, sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması, insanların kendi sağlıkları hususunda bilinçlenmeleri, önceleri sadece hizmet sunanların sahip olduğu sağlık ve hastalıklarla ilgili bazı temel kavram ve yöntemlerin kısmen de olsa hizmeti alanlarca da öğrenilmiş olması ve böylece kendi bakımlarıyla ilgili görüş bildirir olmaları kalitenin sağlık hizmetlerinde önem kazanmasını sağlayan diğer bazı sebeplerdir (Işık, 2011).

Yukarıda belirtilen nedenlerle, hasta görüşlerinin hesaba katılması, hizmet kalitesini değerlendirmenin faydalı bir tamamlayıcısı, gerçekte gerekli bir öğesi olarak gittikçe daha fazla dikkate alınmaktadır (Kaya, 2005). Hizmet sunumunda hasta görüşlerinin hesaba katılmasının aynı zamanda, tıbbi bakım ve tedavi sürecinin etkililiğini belirleyen önemli faktörlerden olduğu söylenebilir (Gezergün vd., 2006)

1.4.8. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kalite konusu, Sağlık Bakanlığının kuruluşu ile birlikte her zaman önem atfedilen bir konu olmuştur. 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programından (SDP) önce de sağlıkta kaliteyi artırmak adına yapılan çalışmalar olmakla birlikte SDP ile bu çalışmaların yüksek bir ivme kazandığı söylenebilir (Kırılmaz, 2013)

SDP öncesinde vatandaşlar; hizmet sunumu, finansman, kaliteli personel miktarı, hızlı ve kolay erişim gibi birçok alanda memnuniyetsizlik içerisindeydiler. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan Yaşam Memnuniyeti Araştırması, bu durumu ortaya koymuştur. Bu araştırmaya göre, vatandaşların 2003 yılında sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı %39,5 olarak ölçülmüştür. Daha sonra SDP’nin uygulanmaya başlanması ile bu oranın arttığı (%71,7) görülmüştür (TÜİK, 2017).

Sağlık hizmetlerinden memnuniyetin artmasına katkı sağlayan temel bazı uygulamalar şu şekilde belirtilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2017);

- Yeni açılan sağlık tesisleri
- Sağlık çalışanı sayısının artması
- Hizmet kalite standartlarının oluşturulması
- Kamuya ait hastanelerin Sağlık Bakanlığına devredilerek tek elden yönetilmesi

Yukarıda sıralananların yanı sıra SDP kapsamında birçok yeni uygulama hayata geçirilmiştir ve Türkiye sağlık sisteminde köklü değişiklikler yapılmıştır. Bununla birlikte yakın gelecekte, özellikle sağlık hizmetlerinde kalite konusunu esas alan çalışmaların Sağlık Bakanlığının gündeminde olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığının sağlık hizmetlerinde kaliteye verdiği önem, 2013-2017 yıllarını kapsayan Stratejik Planına da yansımıştır (Sağlık Bakanlığı, 2017). İlerleyen başlıklarda Sağlık Bakanlığının, sağlık hizmetlerinde kalite konusunu içeren stratejik amaçları ele alınmaktadır.

1.4.8.1. Stratejik Amaçlar ve Hedefler

Türkiye’de yeni kamu mali yönetimi sürecinde mali disiplini devam ettirmek, ülke kaynaklarını stratejik düşünerek paylaşmak, bu kaynakların izlemesinin yapılarak etkin ve verimli olarak kullanılmasını sağlamak amacıyla Stratejik Yönetim Modeli tercih edilmiştir. Bu kapsamda bakanlıklar ve kurumlar tarafından beş yıllık dönemleri kapsayan stratejik planlar çıkarılmaktadır. Sağlık Bakanlığı 2013-2017 yıllarını kapsayan stratejik planında “kaliteli hizmet” anlayışından ödün vermeden toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi amaçlanmıştır. Plandaki ifade ile nihaî amaç *“Hakkaniyetli şekilde halkımızın sağlık düzeyini korumak ve iyileştirmek”* tir (Sağlık Bakanlığı 2017).

Bakanlığın ulaşmayı planladığı sonuçların net olarak tanımlanabilmesi için amaç ve hedeflerin belirlenmesi gerekmektedir. Stratejik amaçlar belirli bir zaman diliminde Bakanlığın şimdiki durumundan, gelecekte arzu edilen durumuna dönüştürülmesini sağlayacak sonuçlardır. Hedefler ise amaçların yerine getirilmesi için neler yapılması gerektiğinin, belirlenen zaman dilimleri içinde nitelik ve nicelik olarak ifade edilmesidir. Bu nedenle, amaç ve hedeflerin gerçekleştirilme oranı, vizyona ne kadar yaklaşıldığını gösterecektir. Stratejik planda stratejik amaçlar şu şekilde belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017).

- ✓ **Stratejik Amaç 1:** Sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek
- ✓ **Stratejik Amaç 2:** Birey ve topluma erişilebilir, uygun, etkili ve etkin sağlık hizmetleri sunmak
- ✓ **Stratejik Amaç 3:** İnsan merkezli ve bütüncül yaklaşımla bireylerin sağlık ihtiyaçlarına ve beklentilerine cevap vermek
- ✓ **Stratejik Amaç 4:** Türkiye'nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirmeye devam etmek

Bu stratejik amaçlardan hizmet kalitesi ile ilgili olan **Stratejik Amaç 2**’ye ulaşmak için aşağıda belirtilen stratejik hedefler tanımlanmıştır. Hizmet kalitesinin stratejik plana dâhil edilmesi Bakanlık nezdinde konuya verilen önemi göstermesi açısından önemlidir (Sağlık Bakanlığı 2017)

Stratejik Hedef 2.1 için yapılacak faaliyetler ise planda şu şekilde tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2017):

Stratejik Hedef 2.1: Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini iyileştirmek

Ayrıca *Stratejik Amaç 4*'te de ilk stratejik hedefte finansal sürdürülebilirlik ilkesi uygulanırken hizmet kalitesinden taviz verilmeden uygulanması özellikle ifade edilmiştir. (Sağlık Bakanlığı, 2017).

Stratejik Hedef 4.1: Hizmet kalitesinden taviz vermeden kanıta dayalı politikalarla sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini korumak

1.4.8.2. Türkiye’de Hizmet Kalitesini Arttırmaya Yönelik Çalışmalar

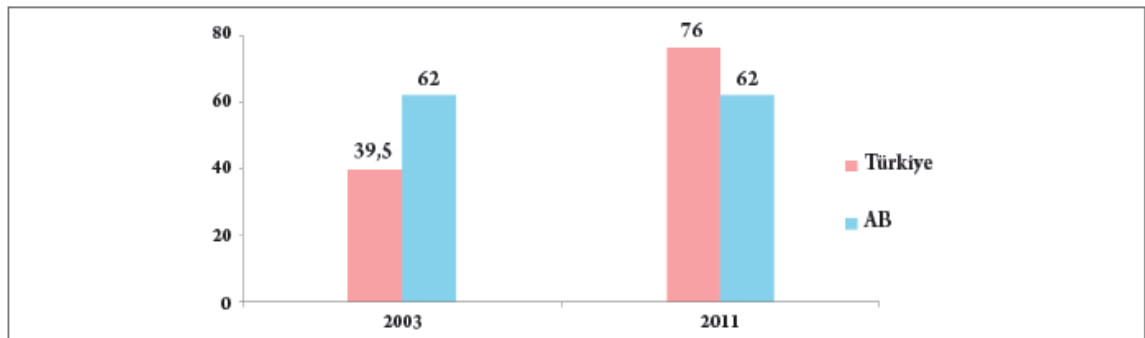
2003 yılında başlatılan SDP ile altyapı çalışmaları tamamlanmış sağlıkta hizmet kalitesinin artırılması ve müşteri memnuniyetinin sağlanması alanında birçok adım atılmıştır. Gerçekleştirilen önemli çalışmalar aşağıda sunulmuştur (Akdağ, 2012; Sağlık Bakanlığı 2017):

- Kalite kriterlerinin oluşturulması çalışmaları tamamlanarak bütün sağlık kurumlarını kapsama alan "Hastane Hizmet Kalite Standartları" hazırlanmıştır. Türkiye’de sağlık alanında hizmet sunan tüm hastanelerde öncelikli olarak standartları karşılamaya yönelik başarı hedefleri oluşturulmuş ve akabinde optimum kalite düzeyini sağlamak amacıyla Sağlık Kalite Standartları (SKS) - Hastane dokümanı geliştirilmiştir.
- Sağlık yatırımları yenilenmiş ve modernize edilmiştir. Şehir hastanelerinin yapımına başlanmıştır, bazıları hizmete açılmıştır.
- SDP’nin ilk on yılında 2.114 sağlık tesisi hizmete sunulmuştur. Bunların 606’sı hastane veya ekleri, 1.508’i birinci basamak sağlık kuruluşu olarak hizmete açılmıştır.
- Son 15 yılda tam donanımlı 112 ambulansı sayısı yaklaşık olarak üç katına çıkartılmıştır.

- Muayene süresi 2002-2011 yılları arasında 4,5 dakikadan 9,5 dakikaya ulaşmıştır.
- Hastanelerde Hasta Hakları Birimi kurulmuştur.
- Hastalara hekim seçme hakkı tanınmıştır.
- Sağlık alanında yüksek teknoloji kullanım oranı arttırılmıştır. 2002-2011 yılları arasında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde manyetik rezonans görüntüleme (MR) cihazı sayısı 18'den 273'e yükseltilmiştir. Yine benzer bir durum bilgisayarlı tomografi ve ultrason cihazlarında da yaşanmıştır. Aynı dönemde, bilgisayarlı tomografi cihazı sayısı 121'den 446'ya, ultrasonografi cihazı sayısını da 495'ten 2.125'e çıkarılmıştır.
- Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi kurulmuştur. Bu program ile sağlık bilgi sistemlerinde milli standartlar oluşturulmuştur. Böylece bilgi sistemleri için yetkin ve etkin bir altyapı kazandırılmıştır.
- Tele-tıp uygulamaları geliştirilmiştir. Bu sayede, örneğin bir hastanede çekilen bir röntgenin saniyeler içinde başka bir hastanede görüntülenebilmesi mümkün hale gelmiştir.
- İlaç Takip Sistemi geliştirilmiştir. Bu sistem karekod kullanan ve aynı zamanda izleme yapılabilen dünyadaki ilk yaygın uygulamadır.
- Sağlık Bakanlığı iletişim hattı hayata geçirilmiştir.
- Merkezi hastane randevu sistemi kurularak hastalara internet veya telefon ile randevu alma imkanı sunulmuştur.
- Sağlık alanında e-nabız e-dönüşüm projeleri hayata geçirilmiştir.
- Televizyon ve radyo kuruluşlarına sağlıkla ilgili uyarıcı, bilgilendirici ve eğitici programları ayda 90 dakika ücretsiz yayımlama mecburiyeti getirilmiştir.
- Afet ve acil durumlarda faaliyet göstermek üzere Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri kurulmuş ve yaygınlaştırılmıştır.

- Kamuya ait sağlık kuruluşlarında performansa göre katkı payı uygulaması getirilmiştir. Böylece  alışanlara ekonomik motivasyon sağlanmıştır.
- 112 acil sağlık hizmetleri için ülke genelinde tüm illerde Komuta Kontrol Merkezleri kurulum çalışmaları tamamlanmıştır.
- Triağ uygulaması ile vakalar sınıflandırılarak  nceliklendirme çalışmaları uygulamaya geçildi.
- 5947 sayılı  niversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun kapsamı ile sağlık personelin tam gün çalışması sağlanmıştır.
- Yardımcı  reme yöntemlerinin sosyal güvenlik kapsamına alınması ile  ocuk sahibi olmak isteyen vatandaşlara destek verilmiştir.
- Avrupa Birliği desteği ile Türkiye Cinsel Sağlık ve  reme Sağlığı Programı devreye alınmıştır.
- Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı kurularak akreditasyon işlemlerinin Sağlık Bakanlığı bünyesinde takibi sağlanmıştır.
- Vatandaşlar  zel hastanelerden, katkı payı ödemek kaydıyla faydalanmaya başlamıştır.

şekil 6: Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı



Kaynak: WHO, 2009

Bütün bu çalışmalar ile sağlık hizmetleri için memnuniyet ciddi anlamda arttı. Şekil 6'da da ifade edildiği üzere sağlık hizmetleri için memnuniyet TÜİK'in araştırmasına göre, 2003'te %39,5 iken 2011'de %76 oranına yükseldiği görölmektedir (TÜİK, 2017).



1.5. SAĞLIK TURİZMİ

1.5.1. Sağlık Turizmi Kavramı

Günümüzde alternatif bir turizm türü olarak ortaya çıkan sağlık turizminde insanlar kaybettikleri sağlıklarını geri kazanmak ya da var olan sağlık durumunu korumak amacıyla maliyet, hız veya kalite gibi sebeplerle başka ülkeleri tercih etmekte ve bu hizmeti alırken aynı zamanda tatillerini de yapmaktadır. Sağlık ve turizmin kavramlarını birlikte kullanan bir turizm çeşidi olarak karşımıza çıkan sağlık turizmi “kendi ülkesi dışında başka bir ülkeye seyahat etmek amacıyla yapılan ve özetle sağlık ve turizm hizmetlerini bir arada sunan bir turizm türü” olarak tanımlanabilir (Çevirgen, 2014).

Kültür ve Turizm Bakanlığı sağlık turizmini “Sağlık turizmi kısaca tedavi amacı ile yapılan seyahatler” olarak tanımlamıştır. Yine bir diğer tanımda sağlık turizmi, sağlık hizmeti almak ihtiyacı olanlarla birlikte başka ülkelerden gelen hastaların da sisteme eklenmesiyle sağlık sektörünün büyümesine imkân sağlayan bir turizm türüdür şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlık Turizm Derneği ise sağlık turizmini, “Ülke içinde veya dışında şehir değiştirerek başka bir yerde sağlık hizmeti alma amaçlı olarak yapılan seyahatler” olarak tanımlamıştır (Boz, 2004). Sağlık Bakanlığı’na göre sağlık turizmi kişinin sağlık hizmeti almak için bulunduğu yerden başka bir yere çoğunlukla başka bir ülkeye seyahat etmesidir. Sağlık turizmi amacıyla başka bir yere giden ve en az 24 saat kalarak sağlık ve turizm hizmeti alan kişiye de “sağlık turisti” denilmektedir.

Sağlık turizmi açısından turistlerin sınıflandırılması ise 5 temel gruba ayrılabilir. Bunlar (İçöz, 2009);

- **Yalnızca turist:** Tatile geldikleri ülkelerde hiçbir sağlık hizmeti almayan kişilerdir.
- **Tatilde tedavi edilen turist:** Tatil esnasında hastalanırsa veya kaza geçirirse hizmet alan kişilerdir.
- **Tatil ve tedavi amaçlı turistler:** Tedavi olanakları için bir bölgeyi seçen ancak tek amacı tıbbi hizmet almak olmayan kişilerdir.
- **Tatil yapan hastalar:** Belirledikleri bölgeye sağlık hizmeti almak için giden ve iyileştikten sonra o bölgede tatil yapan kişilerdir.

- **Yalnızca hastalar:** Gittikleri bölge de tatil amaçları olmayan, salt sağlık hizmet almak için giden kişilerdir.

Sağlık ve turizm arasındaki ilişki değerlendirildiğinde hem pozitif hem de negatif yönleri ortaya çıkmaktadır. Turistlerin sağlık nedeniyle seyahat etmeleri ve tedavi olmaları bu ilişkinin pozitif tarafını yansıtmaktadır. Turistin sağlığı nedeniyle ortaya çıkan durum ise bu ilişkinin negatif yönüdür. Örneğin kuş gribinin ortaya çıkması Asya ve Pasifik bölgelerinden gelecek olan yaklaşık 12 milyon turistin azalmasına sebep olmuştur. SARS ve domuz gribi hastalıkları da negatif ilişkiye örnek gösterebiliriz (İçöz, 2009).

1.5.2. Sağlık Turizmi Türleri

Sağlık turizmi literatürde genel olarak dört tip olarak sınıflandırılmıştır. Bunlar, medikal turizm, termal/spa/wellness turizmi, yaşlı turizmi ve engelli turizmidir.

Medikal turizm (Tıp Turizmi): Medikal turizm sağlık hizmeti almak amacıyla yabancı ülkeye gelen sağlık turistinin sağlık statüsünü geliştirmek için yapılan tüm gerekli tıbbi işlem veya tedavileri içeren faaliyetlerdir. Hastalıkların teşhis ve tedavisi; tıbbi sağlık taramaları, protez imalatı, ameliyatlar, diş tedavileri, rehabilitasyon, onkolojik tedaviler ve organ nakillerini de gerektiren diğer işlemleri kapsamaktadır (Aydın vd., 2011).

Literatür incelendiğinde medikal turizm konusunda çeşitli tanımların bulunduğu görülebilir. Medikal turizmi, sağlık sektörünün turizm sektörü ile iş birliği yaptığı bir alan olarak gören Özsarı ve Karatana (2013)'ya göre medikal turizm, çoğunlukla cerrahi veya özel uzmanlık bilgisi ve deneyimi gerektiren tıbbi müdahaleleri içeren sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan hastalara, maliyet etkili hizmet verilmesi maksadıyla turizm sektörü ile işbirliği yapılmasıdır. Benzer bir yaklaşımı Buldukoğlu (2014)'nda da görmek mümkündür. Buldukoğlu (2014)'na göre medikal turizm, cerrahi veya uzmanlık gerektiren tıbbi müdahaleleri içeren hizmetlere ihtiyaç gösteren hastalara, maliyet etkili özel tıbbi bakım verilmesi amacıyla sağlık sektörü ile turizm sektörünün işbirliği yapmasıdır. Bazı ülkelerde sağlık hizmetlerinin maliyetinin yüksek olmasının sağlık turizminin gelişmesine katkı yaptığını düşünen Acar ve diğerlerine (2012) göre medikal

turizm, bireylerin ülkelerindeki tedavi giderlerinin yüksek olması sebebiyle tedavi giderlerinin düşük olduğu yabancı ülkelere seyahat etmeleridir. Medikal turizmi, talep tarafında hastalar ve arz tarafında hekimlerin olduğu bir turizm çeşidi olarak gören Edinsel ve Adıgüzel'e (2014) göre medikal turizm, hekimin ön plana çıktığı bir sağlık turizmi çeşididir ve uzman cerrahi ile tedavi şekillerine ihtiyaç duyan turistlerin faaliyetlerinin bir kısmını kapsayacak şekilde düzenlenen özel tedavilerdir. Medikal turizmi, koruyucu sağlık hizmetlerinden ziyade tedavi ve rehabilite edici hizmetler ile ilişkilendiren Topuz'a (2012) göre medikal turizm, genellikle 2. ve 3. basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanelerde gerçekleştirilen birtakım tedavi hizmetlerini almak adına yapılan yolculuklardır.

Yabancı literatür incelendiğinde de benzer tanımları görmek mümkündür. Örneğin, Yun Yu ve Gyou Ko (2012)'ya göre medikal turizm, kişilerin tedavi ve bakım için yabancı ülkelere seyahat etmesidir. Khan ve Alam (2014)'a göre, bir kişinin başka bir ülkeye sağlıkla ilgili konularda yaptığı seyahatlerdir. Connel (2013)'a göre medikal turizmin tanımlarında daha çok maliyetler, bekleme süreleri ve prosedürlerin az olması konularına vurgu yapılmaktadır.

Görüldüğü üzere medikal turizm tanımlarında vurgu yapılan konular çoğunlukla; maliyet etkili ve uzmanlık gerektiren sağlık hizmetleri, kalite, bekleme süreleri ve tatil imkânlarıdır. Bu terimlerden yola çıkarak, bireylerin başka ülkelere; kaybettikleri sağlıklarını geri kazanmak, bunu yaparken daha az ödemede bulunmak, kendi ülkelerindeki bekleme sürelerine takılmamak ve sağlık hizmeti alırken aynı zamanda diğer turizm olanaklarından faydalanmak amacıyla yaptıkları seyahatlere medikal turizm denir.

Medikal turizmin daha iyi anlaşılması için ana unsurlarına bakılması doğru olacaktır. Şekil 7 incelendiğinde medikal turizmin ana unsurlarının sağlık kuruluşları, uluslararası ulaşım, seyahat acenteleri ve konaklama tesisleri olduğu görülmektedir. Bu unsurlar ile beraber restoranlar, ulaşım, konaklama, eğlence ve aktiviteler kısmı turizm sektörünü, tıbbi tedavi, ameliyatlar, diş tedavisi ve alternatif kısmı da sağlık sektörünü temsil etmektedir.

sağlar. Turistik yerlerde yüksek doluluk oranı, işgücü artışı, diğer turizm türleri ile birlikte kolayca kullanılabildiği için turistik aktivitelerde çeşitlenmeyi de sağlar (Sandıkçı ve Özgen, 2013).

Türkiye’de daha yaygın olarak bilinen termal turizm çeşitleri ve açıklamaları aşağıda sunulmuştur (Özer ve Songur, 2012):

- ✓ **Klimatizm;** dağlık bölgelerde veya deniz kenarlarında uygulanmaktadır. Bu turizm türünde amaç, insanları temiz havanın iyileştirici etkisiyle tedavi etmektir.
- ✓ **Üvalizm;** bazı ürünleri (meyve, sebze, vb. gibi) ile meşhur yörelerde bu ürünlerin tüketilmesi yoluyla uygulanan tedavi yöntemidir.
- ✓ **Termalizm;** faydalı yeraltı surlarının tedavi amaçlı olarak kullanılmasıdır.
- ✓ **Hidroterapi;** 20 °C sıcaklıkta tatlı suyla yapılan tedavidir.
- ✓ **Speleoterapi;** Mağaralarda yapılan tedavidir.
- ✓ **Talassoterapi;** deniz suyu ve değerleri ile yapılan tedavidir.
- ✓ **Peloidoterapi;** Çamur ile yapılan tedavidir
- ✓ **Balneoterapi;** doğal mineralli sularla yapılan tedavidir.

2014 yılında Dünyanın termal kaplıca pazarının yaklaşık yaklaşık olarak 100 milyarlık dolar olduğu tahmin edilmektedir (Daştan, 2014). Türkiye’nin jeotermal kaynak potansiyeli diğer ülkelerle kıyaslandığında, Avrupa’da birinci sırada, Dünyada ise ilk on arasındadır (Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı, 2013). Türkiye’de 1800’den fazla sıcak su kaynağı bulunmasına rağmen bunların sadece %6’sı turistik amaçlı kullanılmaktadır (Sayılı vd., 2007). Bu kaplıcaları yılda 10 milyon yerli turist ve 300 bini aşkın yabancı turist hastalık tedavisi, dinlenme ve rehabilitasyon amacıyla ziyaret etmektedir (Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı, 2013). Bu bilgiler ışığında, Türkiye’nin kaplıca turizmi açısından önemli bir destinasyon merkezi olduğu söylenebilir (Taşkın ve Şener, 2013). Türkiye’nin termal turizm konusundaki hedefi, 2023 yılında 500.000 yatak seviyesine ulaşmaktır (Aydın, 2011).

Yaşlı turizmi: Sağlık turizmi çeşitlerinden bir diğeri de, geriatri veya üçüncü yaş turizmi olarak da adlandırılan yaşlı turizmidir. Yaşlı turizmi, belirli bir yaşın üstündeki bireylerin, sağlıklarının korunması ve hastalıklarının tedavileri amacıyla yaptıkları

seyahatlerdir. Bununla birlikte, bu kişilerin bakımlarının başka bir ülkede yapılması konusu da yaşlı turizminin kapsamındadır (Bülbül, 2015)

Ülkelerde yaşlı nüfus oranının artmasına paralel olarak kronik rahatsızlıklar da artmıştır. Bunun sonucunda yaşlı bakım hizmetleri talebi de artmıştır (Aydoğdu, 2015). Bu durum sağlık turizmi içerisinde yaşlı turizminin ön plana çıkmasına neden olmuştur. Dahası, beklenen yaşam ömrünün uzaması ile birlikte boş zamanları bulunan yaşlı kişiler için, mevsim dışı turizm olanaklarının ucuzluğu çekici olmakta, böylelikle de bu kişiler turizm sektörü için her geçen gün artan bir müşteri potansiyeli oluşturmaktadır. Yaşlı turizmi, bu tür kişilerin yaşam biçimlerine uyan ve ihtiyaçlarına yanıt veren etkin, insanı geliştirici, yaşamı renklendirici bir turizm türü olarak da popülaritesini artırmıştır. Bu kapsamda; bakım evleri, klinik oteller, rekreasyon (eğlen-dinlen) alanları, tatil köyleri ve gezi turları ile meşguliyet terapileri de yaşlı turizmi kapsamında düşünülebilir (Şimşek, 2016).

Engelli turizmi: Engelliler ve aileleri, dünya nüfusunun yaklaşık üçte birini oluşturmaktadırlar. Bu yüzden engelli bireylerin turizm faaliyetlerine kolay ulaşabilmeleri ülkeler için bir gereklilik olarak ortaya çıkmıştır. Turizm hizmetlerine ulaşılabilirlik, sadece engelli kişiler için değil aileleri için de önemli bir konudur. Nüfusu her geçen gün artan engelli bireyler göz önüne alındığında, kapsamı bu kişiler olan engelli turizminin hızla büyüyen bir sektör olduğu söylenebilir (SATURK, 2015).

Turizm sektöründe engelli bireylerin önüne konulan sosyal ve fiziksel engeller kaldırılarak, bu bireylerin rahatlıkla turizm faaliyetlerinde bulunabilmelerinin sağlanması ülkeler için önemli konulardan biridir (Yenişehirlioğlu ve Türkay, 2013). Dahası, bu bireylerin turizm faaliyetlerinde bulunurken ülke ekonomisine de katkı sağladıkları ortadadır. Bu kapsamda Türkiye; coğrafi konumu, iklimi, sağlık hizmetleri maliyetlerinin gelişmiş ülkelere göre daha düşük olması, mevcut iş gücü potansiyeli gibi sebeplerden engelli turizmi konusunda potansiyeli olan bir ülkedir (SATURK, 2015).

1.5.3. Sağlık Turizmi Özellikleri

Her ne kadar çeşitli sağlık turizmi türleri olsa da bunların ortak birtakım özellikleri bulunmaktadır. Bu özelliklerden bazıları aşağıda sıralanmıştır (Tan ve Gül, 2012);

- Sağlık turizmi için gelen hastalar çoğu zaman salt tedavi amaçlı gelmektedirler. Tedavilerinin tamamlanmasına müteakiben geri dönmektedirler. Yani konaklama süresi ile tedavi süresi çoğu zaman aynı dönemde gerçekleşmektedir.
- Sağlık turizm tesisleri salt sağlık tesisleri değil aynı zamanda turizm tesisleridirler. Bu yüzden bu tesisler bulundukları bölgeye ekonomik canlılık da getirmektedirler.
- Sağlık turizm tesislerinde sadece sağlık personeli değil aynı zamanda hizmet personeli de önemlidir.
- Sağlık turizminde sadece teknik donanım yeterli değildir aynı zamanda personel de önemlidir.
- Sağlık turizmi işletmeleri uluslararası standartlara göre hizmet vermeleri ve gerekli akreditasyon sertifikalarına sahip olmaları çok önemlidir.
- Sağlık turizmi işletmelerinde, hasta ile iletişim için yabancı dil bilgisi olan çalışan mutlaka olmalıdır.
- Müşterilerin sağlık hizmeti almak için gelmeleri ile aynı zamanda diğer turizm türlerine de destek verdikleri katma değeri yüksek bir turizm çeşididir.
- Hastaların organize edilmesi, danışmanlık ve rehberlik hizmetleri ile sağlık hizmeti bir bütün olarak değerlendirilmek zorundadır.

1.5.4. Dünyada Sağlık Turizmi

Sağlık turizmi son dönemlerde hızlı bir şekilde gelişme göstermiştir ve hızlı bir şekilde de büyümeye devam etmektedir (Özsarı ve Karatana, 2013). Tablo 8’de Dünya’da sağlık turizminin gelişmesini tetikleyen etmenler sunulmaktadır.

Tablo 8: Sağlık Turizmini Tetikleyen Sebepler

MALİ SEBEPLER		
<i>Demografik Gelişmeler ve Bakım Maliyetlerinin Artması Açısından</i>	<i>Sağlık Sigortaları Açısından</i>	<i>Sağlık Hizmeti Alan Kişilerin Gelirlerinin Düşmesi Açısından</i>
- Gelişmiş ülkelerdeki sağlık ve yaşlı bakım hizmetlerinin pahalı olması ve maliyeti artırması - Yaşlı nüfusun artması - Kronik hastalıkların insidansının artması - Obezite problemi - Sağlık hizmetlerine ulaşım talebin artması - Hastaların bekleme sürelerinin uzaması	- Daha fazla kar yapma isteği - Daha ucuza hizmet alınabileceğinin farkına varılması - Sigortalı bireyleri kaçırmamak için sağlık turizmine yönelmeleri	- Özellikle son küresel krizde daha çok gündeme gelmesi - Bireylerin tasarrufa yönelmesi - Daha ucuz ve kaliteli sağlık hizmeti talebinin artması
SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM VE BİLGİLENDİRMENİN ARTMASINA BAĞLI SEBEPLER		
- Bilgi çağında toplumun sağlık konusundaki bilgilerinin artması - Toplumun bilinçli bir tüketici haline gelmesi - Sosyal haklar seviyesinin yükselmesi - Çağımızda iletişim ve haberleşmenin çok yüksek seviyeye gelmesi - Ulaşım ve seyahatin kolaylaşması ve ucuzlaması		
KALİFİYE ELEMAN EKSİKLİĞİNE BAĞLI SEBEPLER		
- Sağlık hizmetinin sunum kalitesi ve talebi kalifiye elemanlarının ters oranda artması - Gelişmiş ülkelerdeki talebin artması ve beraberinde bekleme listelerinin ortaya çıkması - Gelişmemiş ülkelerde kalifiyeli eleman ve sağlık teknolojisinin olmaması - Sağlık personeli ve yüksek sağlık teknolojisinin dünyada hatta Türkiye’de belli bölgelerde yoğunlaşması		
DİĞER SEBEPLER		
- Medyanın sağlık turizmini hep gündemde tutarak tetikleme - Sağlık turizminde yeni sektör temsilcilerinin ortaya çıkması (seyahat acentesi, danışma firma gibi) ve sektörü tetikleme - Tıbbi donanım üreten medikal sektörün ve ilaç firmalarının büyük sağlık kuruluşlarında daha fazla kar etmesi ve ileri teknolojinin vazgeçilmez paydaş haline gelmesi - Gelişmiş ülkelerde eğitim görmüş doktorların kendi ülkelerine dönmesi		

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010

Tablo 8’de de görüldüğü üzere, sağlık turizminin gelişmesine zemin hazırlayan sebepler; mali sebepler, sağlık hizmetlerine erişim ve bilgilendirmenin artmasına bağlı sebepler, kalifiyeli eleman eksikliğine bağlı sebepler ve diğer sebepler olmak üzere dört ana başlık altında toplanmıştır. Birçok ülkede doğumda beklenen yaşam süresinin artması ve doğurganlığın azalmasına bağlı olarak yaşlı nüfus oranının artması, ülkelerdeki sağlık ve yaşlı bakım hizmetleri ve maliyetleri ile birlikte talebin ve

bekleme sürelerinin artması, kurumların daha fazla kâr yapma isteği ve kişilerin tasarrufa yönelmeleri en önemli mali sebepler olarak göze çarpmaktadır. Toplumların bilinç seviyelerinin artması sonucu bilinçli tüketicilerin oranının artması, ulaşım ile seyahatin kolaylaşması ve ucuzlaşması, sağlık hizmetlerine erişim ve bilgilendirmenin artmasına bağlı sebepler olarak ortaya çıkmaktadır. Birçok ülkede sağlık hizmetlerindeki sunum kalitesi ve kalifiyeli elemanların ters oranda artması, talebin artması ve beraberinde bekleme sürelerinin uzaması, gelişmemiş ülkelerde teknolojinin ve kalifiyeli sağlık elemanının olmaması ve bu standartların bazı bölgelerde yüksek seviyede olması kalifiye eleman eksikliğine bağlı sebepler olarak sayılabilir. Diğer sebepler başlığı altında toplanabilecek sebepler ise; medyanın sağlık turizmini sürekli gündemde tutması, sağlık turizminde yeni sektör temsilcilerinin ortaya çıkması, tıbbi donanım üreten medikal sektörün ve ilaç firmalarının büyük sağlık kuruluşlarında daha fazla kar etmesi ve ileri teknolojinin vazgeçilmez paydaş haline gelmesi ve gelişmiş ülkelerde eğitim görmüş doktorların kendi ülkelerine dönmesi şeklinde sıralanabilir.

Günümüzde ülkelerin çoğu sağlık turizmini ulusal bir politika haline getirip yatırımlar yapmaya başlamışlardır. Bunun en büyük nedenleri ise, ülkeler arasındaki iletişimin gelişmesi, seyahat etmenin kolaylaşması ve vize gibi bazı engelleyici unsurların giderek azalması, sağlık turizminin ülke gelirlerine olan ciddi katkı yapmasıdır (Bursa, Eskişehir, Bilecik Kalkınma Ajansı, 2015). Sağlık turizmi konusunda öne çıkan ülkeler Hindistan, Kosta Rika, ABD, Macaristan, Türkiye, Ürdün, Tayland, Malezya, Güney Afrika ve Küba'dır.

Hemen her alanda olduğu gibi sağlık turizmi alanında da pazarı iyi seçmek hayati derecede önemlidir. Çünkü insanların uyrukları beklentilerini kültürel değerler üzerinden farklılaştırmaktadır. Bu yüzden, global rekabet ortamında sağlık turizmi ile ilgilenen ülkeler müşterilerin beklentilerine göre farklı politikalar uygulamaktadır. Medikal turizm denildiğinde kuşkusuz ilk akla gelen bölge Asya kıtasıdır. Kıtaya medikal turizm amacıyla yıl içerisinde 1,3 milyon turist gelmektedir ve Tayland, Singapur, Hindistan, Güney Kore ve Malezya gibi ülkelerde medikal turizm kapsam ve çeşitlilik açısından çok gelişmiştir denilebilir (Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı, 2013).

En az 100 yıldır sağlık turizmi alanında var olan Çekya'nın sağlık turizmi sektöründen elde ettiği getiri 1 milyar doları aşmıştır (Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı, 2013).

Sağlık Turizminde başarılı olmak için kalite, uluslararası standartlara uygunluk ve markalaşma çok önemlidir. Joint Commission International (JCI) sağlık sektöründe kalite ve hasta güvenliği alanındaki en iyi uygulamaları belirleyen ve uluslararası geçerlilikte akreditasyon sağlayan bir kuruluştur. JCI kurumuna üye sağlık kurumları sertifikalı olduklarından müşteriler nazarında daha prestijli olarak değerlendirilmekte ve bu yüzden bu kuruluşlar sağlık turistlerini bu avantajı ile çekmektedir (Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı, 2013). 2014 yılı itibariyle 68 ülkede 1022 kuruluş bu kurum tarafından akredite edilmiştir. Türkiye ise 45 işletmeyle JCI sertifikasına önem veren ülkelerden birisi olmuştur (JCI, 2017).

1.5.5. Türkiye’de Sağlık Turizmi

Türkiye’de 2003 yılında SDP’nin başlatılması ile sağlık alanında birçok göstergede köklü gelişmeler olmuş ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı artmıştır (Atun vd., 2013). Bu gelişmelere paralel olarak Türkiye’nin jeopolitik konumundan dolayı sağlık turizminde de hızlı bir ilerleme sağlanmıştır. 2000’li yıllardan sonra, özellikle özel sektörün ve kamu sektörünün yatırımları ile Türkiye sağlık turizminde iddialı ülkelerle rekabet edebilir seviyelere ulaşmaya başlamıştır (Barca vd., 2012).

Aşağıda Türkiye’nin sağlık turizmindeki güçlü ve zayıf yönleri maddeler halinde sunulmaktadır (Kördeve, 2016):

Güçlü yönler:

- Türkiye JCI ile akredite olmuş hastane sayısı açısından dünyada 2. sıradadır.
- Türkiye’deki termal kaynaklar Avrupa’da 1. sırada, dünyada ise 7. sıradadır.
- Türkiye uygun iklimi ile tarihi ve turistik uygarlıklar merkezidir. Bu yüzden sağlık hizmeti almaya gelen yabancı turistler, aynı zamanda tatillerini de burada yapabilirler
- Türkiye’nin tatil bölgelerindeki güneşli gün sayısı fazladır
- Türkiye’de sunulan sağlık hizmetleri, gelişmiş ülkelere kıyasla daha ucuzdur ve kaliteli hizmet sunmada gelişmiş ülkelere yakın seviyededir.

Zayıf Yönler:

- Terör olayları ve komşu ülkelerde yaşanan iç savaş ve diplomatik anlaşmazlıklarımız nedeniyle Türkiye'nin imajının olumsuz etkilenmesi
- Döviz kurunda yaşanan ani değişimlerim maliyetler baskılarına sebep olması
- Rekabet halinde olduğu ülkelerle kıyaslandığında, Türkiye'nin tanıtım konusunda geri kalması

Türkiye'nin sağlık turizminde etkinliği irdelendiğinde rekabetçi avantaj olarak yüksek kaliteli ve uluslararası standartlarda hizmet, akredite hastanelerde eğitimli insan gücü, az bekleme süreleri ve az maliyet olduğu dikkati çekmektedir (Aydın vd., 2011). Türkiye bu noktadan sonra artık sağlık turizmi alanında popülaritesini ve tanınırlığını artırma üzerine odaklanmaya başlamıştır (Dünya Turizm Örgütü, 2014).

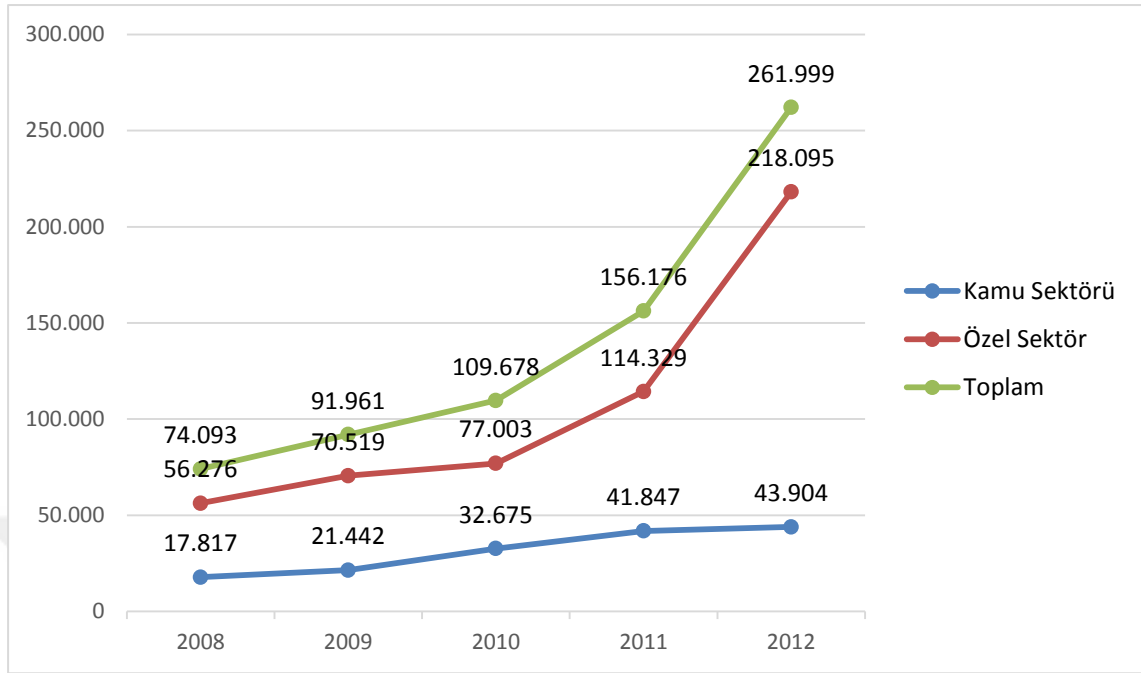
Sağlık turizmi literatürü incelendiğinde, sağlık turizmi ile uluslararası hasta kavramının iç içe geçtiği görülmektedir. Bu yüzden uluslararası hasta kavramını tanımlamak doğru olacaktır.

Uluslararası hasta: Türkiye'deki hastanelerde mevcut olan veya yurtdışından sağlık hizmeti almak amacıyla gelen tüm hastalar olarak tanımlanabilir. Uluslararası hastalar temelde 4 grupta toplanmaktadır (Kaya vd., 2013):

- Tedavi amaçlı gelen medikal turistler
- Ana amacı turizm olan ama bu esnada sağlık hizmeti de almak isteyen hastalar
- Türkiye ile yapılan ikili anlaşmalar gereği gelen hastalar
- Sosyal Güvenlik Kurumu ile yapılan anlaşmalar kapsamında Türkiye'de sağlık hizmeti alan hastalar

Görüldüğü üzere uluslararası hasta kavramı, sağlık turizmini de içine alan daha geniş bir kavramdır. Sağlık Bakanlığı verileri incelendiğinde, 2008'de 74.000 olan uluslararası hasta sayısı 2012 de 262.000'i bulduğu görülmektedir.

Şekil 8: Türkiye’de Son Yıllarda Sağlık Hizmeti Alan Uluslararası Hastalar



Kaynak: Kaya vd., 2013

Türkiye’de özel hastane sayılarının artması, yıllar bazında Türkiye’de sağlık hizmeti alan uluslararası hasta sayısının artmasında etkili olmuştur. Şekil 8 incelendiğinde kamu sektöründe özel sektöre nazaran fazla bir gelişme olmadığı görülmektedir. Ancak özel sektörde çok daha yüksek miktarlarda gelişim görülmektedir. Özellikle 2011 ve 2012 yıllarına bakıldığında özel sektörün nerdeyse uluslararası hasta sayısını ikiye katladığı görülmektedir. Orantısız olarak bakıldığında ise, 2012 yılında uluslararası hastaların özel hastaneleri seçme oranı % 83’ü bulmuştur (Kaya vd., 2013).

Akreditasyon özelinde inceleme yapıldığında ise Türkiye’de JCI tarafından akredite edilen ciddi sayıda hastane olduğu gerçeği ile karşılaşmaktayız. Türkiye’de 2017 yılında JCI tarafından akredite edilen 46 hastane bulunmaktadır ve bunların büyük çoğunluğu özel hastanelerdir (JCI, 2017). 2012 yılında yapılan bir çalışmada uluslararası hastaların akredite hastane seçme oranı % 27,4 olarak gerçekleşmiştir (Kaya vd., 2013).

2012’de uluslararası hastaların yüzde 30 oranında grup hastaneleri tercih ettikleri de görülmüştür. Bu hastaneler (8 grupta 69 hastane) ise tamamen özel sektör hastaneleridir. Ayrıca 15 tanesi de JCI tarafında akredite edilmişlerdir. Uluslararası hastanelerin grup hastaneleri yoğunlukla tercih etme nedenleri ise bu hastanelerin marka değerleri ve

tanıtım yapmalarıdır. Maalesef kamu sektöründe reklam faaliyetleri konusunda esneklik Türkiye’de çok gelişmemiştir (Kaya vd., 2013).

Türkiye’nin sağlık turizminde bu ilerlemesinin hükümet nezdinde bu konuya ciddi önem verilmesine bağlı olduğu düşünülmektedir. 2014-2018 yıllarını kapsayan 10. Kalkınma Planında “Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı” Öncelikli Dönüşüm Programı’na alınmıştır. Bu programın amacı Türkiye’nin sağlık, emekli, termal ve rehabilitasyon turizminde hizmet kalitesini arttırarak rekabetçi gücünü arttırmak olarak ifade edilmiştir. Bu program ile en az 5,6 milyar dolar kazanç sağlanması ve sağlık turizminde ilk 5 ülke arasında girmek hedeflenmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2013).

Sağlık Bakanlığı’nın 2013-2017 yıllarını kapsayan stratejik planında da bu konu 4. stratejik hedefte “Türkiye’nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirmeye devam etmek” stratejik olarak ele alınmıştır. Bu stratejik hedef dâhilinde “Sağlık turizminin güçlendirilmesi” stratejik amaçlar arasında yer alarak stratejik plana girmiştir. Yine stratejik plana göre bunun sağlanması için aşağıdaki stratejiler belirlenmiştir.

Hedef 4.5. Türkiye’de sağlık turizmini güçlendirmek

Hedefe Yönelik Stratejiler

4.5.1. Sağlık turizmi kapsamında tanıtım yapmak ve cazibe oluşturmak

4.5.2. Sağlık turizmi kapsamında verilen hizmet sunumunun kalitesini iyileştirmek

4.5.3. Sağlık turizmi hizmet kapsamını genişletmek

4.5.4. Sağlık turizmi yönetişimini iyileştirmek

663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname 2011 yılında resmi gazetede yayınlanarak Sağlık Bakanlığı sağlık turizmi alanında aşağıdaki konularda çalışmalar yapmak üzere görevlendirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

- Müşteri hizmetlerini içeren uluslararası hasta destek birimi kurmak
- Uluslararası hasta kayıt sistemi kurmak
- Sağlık turizmi web siteleri kurmak
- Bu konuda çalışan kuruluşlar için düzenlemeler yapmak

Son dönemde sıklıkla tartışılan kamu-özel sektör işbirliği ile hayata geçirilen şehir hastaneleri üzerine çalışmalar devam etmektedir ve bu hastanelerin ilk örnekleri açılmaya başlamıştır. Sadece sağlık hizmeti vermeyen aynı zamanda araştırma-geliştirme, eğitim, teknoloji ve sosyal alanlarda da hizmet verecek olan bu hastane kompleksleri ile hem Türk vatandaşlarına hem de uluslararası hastalara hizmet verilecektir. Böylece, şehir hastanelerinin sağlık turizmine ciddi katkıları olacağı ifade edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017).

2. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ERİŞKİN HASTANESİ'NDE ANKET UYGULAMASI

2.1.1. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Uluslararası Hasta Koordinatörlüğü

2012 yılında Hacettepe Üniversitesi Hastanesi bünyesinde uluslararası hastalara sağlık hizmeti sunmak için “Uluslararası Hasta Koordinatörlüğü” kurulmuştur. Aile Hekimliği ve İç Hastalıkları branşlarında uzman doktorların hizmet verdiği Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Uluslararası Hasta Koordinatörlüğü’nde, hastalar genel sağlık taramalarından geçirilmekte, muayene, tanı ve tetkikler yapılmakta ve gerektiğinde ilgili bölümlerden randevu da alınabilmektedir. İşlemlerini yaptırıp tedavi olmak isteyen hastaların gelişleri öncesi veya sonrası koordine edilmektedir. Ayrıca, hastalar Uluslararası Hasta Koordinatörlüğü’ne elektronik ortamda sağlık bilgileri ulaştırabilmektedirler. Sağlık bilgileri, ilgili hekimler ile paylaşılmakta ve sonrasında hekimin öngördüğü tedavi planı işlemektedir ve sonrasında sunulan hizmetler fiyatlandırılmaktadır. Bununla beraber hastalara tercümanlık hizmeti verilmekte ve hastane ortamındaki tüm işlemleri için kendilerine eşlik edilmektedir (Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, 2018).

Türkiye’de JCI akreditasyonu elde etmiş ilk kamu hastanesi Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesidir. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi aşağıda ifade edilen ve hasta güvenliğinin sağlanması ile ilgili 5 maddelik hedefi de sağlamaktadır. Bunlar (Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, 2018);

- Kimlik doğrulama sürecini yerine getirmek,
- Etkili iletişim sağlamak ve ilaç kullanımı güvenliğini sağlamak,
- Ameliyat edilecek hastanın bilgilerinin kontrol edilerek doğruluğunu kesin olarak belirlemek,

- Hastanede oluşabilecek enfeksiyonları en az düzeye indirmek,
- Hastaların düşme ve zarar görmesini engellemek için gerekli önlemleri en üst düzey güvenlik seviyesinde tutmaktır.

Tablo 9’da Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi’nden hizmet alan uluslararası hastalara ilişkin bazı istatistiki bilgilere yer verilmiştir. Bu veriler, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi’nden hizmet alan tüm uluslararası hastaları kapsamaktadır, bir başka deyişle Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Uluslararası Hasta Koordinatörlüğünün aracılığı olmadan yapılan başvuruları da kapsamaktadır.

Tablo 9: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Uluslararası Hastaların Yıllara Göre Dağılımı

ÜLKELER	2017 Toplam	TÜR	Hasta Sayıları/Tedavi Giderleri (Bin TL)			
			2014	2015	2016	2017
AZERBAIJAN	1.661	Ayaktan	776	1.443	1.268	1.590
			312	649,5	480	756,2
		Yatarak	69	67	61	71
			323,4	441,2	496,5	510,1
KUZEY AFRIKA (MISIR, LİBYA, CEZAYİR, TUNUS, FAS)	28	Ayaktan	32	38	44	27
			7,6	13,1	15,2	13,6
		Yatarak	0	1	3	1
			0	2,9	40,4	2,1
İRAN	31	Ayaktan	31	35	25	30
			16,3	8,7	9,3	4,7
		Yatarak	3	0	1	1
			5,1	0	0,5	10,5
İRAK	453	Ayakta n	440	774	459	428
			139,9	344	158,6	244,1
		Yatarak	34	58	37	25
			167,1	431,5	322	256,2
DİĞER*	547	Ayaktan	264	446	510	522
			89,3	162,1	212,6	229,5
		Yatarak	16	28	23	25
			44,4	115,9	190,6	370

Kaynak: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Bilgi İşlem Müdürlüğü, 2017

*Ek 4’te sunulmuştur.

Tablo 9 incelendiğinde, 2017 yılında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesine en fazla başvurunun Azerbaycan'dan; en az başvurunun ise Kuzey Afrika ülkelerinden yapıldığı görülmektedir. Bu durumun bir sonucu olarak da en fazla gelir elde edilen ülkenin Azerbaycan olduğu görülmektedir. En az gelir ise İranlı hastalardan elde edilmiştir.

2.1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Sağlık turizmi, diğer birçok ülke için olduğu gibi Türkiye için de önemli konulardan biridir. Sağlık hizmeti almak için Türkiye'ye gelen uluslararası hasta sayıları, yıllar itibariye incelendiğinde, genel olarak bir artıştan söz edilebilir. Bu hastaların aldıkları hizmetten memnuniyet düzeyleri, ileride sağlık hizmetine yeniden ihtiyaç duyduklarında Türkiye'yi tekrar tercih etmeleri açısından önemlidir.

Türkiye'de sunulan sağlık hizmetleri incelendiğinde, üniversite hastanelerinin önemli bir paya sahip olduğu görülmektedir. Bu hastaneler Türk vatandaşlarına hizmet sunduğu gibi son yıllarda yapılan yatırımlar ile uluslararası hastalara da hizmet sunmaya başlamışlardır. Bu çalışmanın amacı, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nin uluslararası hastalara verdiği hizmetlerin hastalar nazarındaki yansımalarını ortaya koymak, hizmet alanların memnuniyet düzeylerini ölçmek ve değerlendirmektir.

2.1.3. Araştırmanın Varsayımları ve Sınırlılıkları

Araştırmada kullanılan yöntemin, hizmet kalitesini ölçmeye uygun bir yöntem olduğu varsayılmaktadır. Ayrıca, araştırmada değerlendirmeye alınan anketlere katılımcıların soruları samimi ve gerçekçi olarak cevaplandığı kabul edilmektedir.

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde anket yapılan tarihlerde (Aralık 2016 - Mayıs 2017) hizmet almak üzere gelen uluslararası hastalara yönelik olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma bulguları, hizmet almak için hastaneye gelen uluslararası hastalar arasından çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar ile sınırlıdır. Ayrıca zaman ve hastaların kişisel özellikleri de ankete katılımın sınırlandıran diğer sebeplerdendir. Bununla birlikte bazı hastaların sağlık durumlarının uygulamaya katılmaya elverişli olmaması da örneklem büyüklüğünü kısıtlayan bir diğer etkidir.

2.1.4. Araştırmanın Yöntemi

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Uluslararası Hasta Koordinatörlüğü'nden hizmet alan uluslararası hastalara anket uygulamak suretiyle gerçekleştirilmiştir. Anketler, yüz yüze görüşme yöntemi uygulanarak yapılmıştır. Anket uygulanacak uluslararası hastadan, profesyonel tercümesi daha önceden yaptırılan dillerden (İngilizce, Arapça ve Azerice) seçim yapması istenmiştir. Buna göre, ilgili uluslararası hasta, anketi hangi dilde doldurmak istiyorsa anketin o dildeki versiyonu hastaya verilmiştir.

2.1.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nden Uluslararası Hasta Koordinatörlüğü aracılığıyla hizmet almak üzere gelen hastalar ile yürütülmesi planlanmıştır. Her ne kadar Tablo 9 incelendiğinde, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesine 2017 yılında 2720 uluslararası hasta geldiği görülüyor olsa da bu hastaların büyük çoğunluğu Uluslararası Hasta Koordinatörlüğü aracılığıyla gelmeyen hastalardır. Hastaneye, Uluslararası Hasta Koordinatörlüğü aracılığıyla gelen uluslararası hasta sayısı az olduğundan ve net sayı bilgisi Uluslararası Hasta Koordinatörlüğü'nden temin edilemediğinden kolayda örneklem yöntemi benimsenmiş, tedavi olmak için Uluslararası Hasta Koordinatörlüğü'ne gelen uluslararası hastalara ulaşılmaya çalışılmıştır. Anket çalışması gönüllülük esasına dayalı olduğundan anketler, çalışmaya katılmayı kabul eden 102 hastaya uygulanmıştır.

2.1.6. Veri Toplama Yöntemi

Bu çalışmada, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi hizmetlerinden yararlanan uluslararası hastaların memnuniyetini tespit edebilmek için beklenen ve algılanan hizmet kalitesi düzeylerini belirlemeye imkân veren SERVQUAL ölçeğinin Babakus ve Mangold (1992) tarafından hastane ortamına uyarlanan versiyonundan yararlanılmış ve ölçek Arapça, Azerice ve İngilizceye, profesyonel hizmet alınarak ve çeviri-geri çeviri uygulanarak tercüme ettirilmiştir. Veriler, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'ne hizmet almak üzere Aralık 2016-Mayıs 2017 döneminde gelen hastalardan yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

SERVQUAL ölçeğinin geliştiricileri bu ölçeği ilk literatüre sunduklarında, özel araştırma alanlarının kendine has karakteristiklerine göre ölçeğin uyarlanabileceğine de değinmişlerdir. (Parasuraman, Zeithaml ve Berry 1988, 31). SERVQUAL ölçeğinin hastane ortamının ihtiyaçlarına göre uyarlanması için ölçek, Babakus ve Mangold (1992) tarafından yeniden ele alınarak 15 maddeye indirilmiş ve geçerlik ve güvenirlik çalışmaları da yapılmıştır.

Hizmet kalitesini ölçmeye yönelik geliştirilen bu ölçek üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, hastalara mükemmel bir hastanede sunulan hizmetlerin kalitesini ölçen 15 adet soru yöneltilmiş ve hastaların mükemmel bir hastanenin bu özellikleri ne derece karşılaması gerektiği hakkındaki düşüncelerini beşli likert ölçeği kullanarak (“1” Hiç Katılmıyorum, “5” Tamamen Katılıyorum anlamında) değerlendirmeleri istenmiştir. Bu bölümde, beklenen hizmet kalitesi düzeyini tespit etmek amaçlanmıştır.

İkinci bölümde, hastaların kendilerine sunulan hizmetten ne algıladıklarını tespit etmeye yönelik sorular yer almaktadır. Bu bölümde hastalardan Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi’nde aldıkları hizmetleri düşünülerek, beş hizmet kalitesi boyutunda 15 adet soruyu likert ölçeği kullanılarak (“1” Hiç Katılmıyorum, “5” Tamamen Katılıyorum anlamında) puanlamaları istenmiştir. Anket soru dağılımı Tablo 10’da belirtilmiştir (Anket için bkz Ek 1).

Tablo 10: Anket Sorularının SERVQUAL Boyutlarına Göre Dağılımı

ÖNERMELER	ÖZELLİKLER
1, 2, 3	Fiziksel Görünüm
4, 5, 6	Güvenilirlik
7, 8, 9	Heveslilik
10, 11, 12, 13	Duyarlılık
14, 15	Yeterlilik

Üçüncü bölümde ise katılımcılardan demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, hastaneye gelme sıklığı vb.) belirlemek için dokuz adet soru sorulmuştur.

2.1.7. Verilerin Analizi

Araştırmada verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 paket programı %95 güvenirlik düzeyinde kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğin güvenirliğini test etmek için güvenirlik analizi, tanımlayıcı istatistikler, 2 gruplu değişkenlerin analizi için Mann Whitney U testi ve 2 ve üstü gruplu değişkenlerin testi için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

2.1.8. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Hastaların cinsiyetleri ile kalite boyutları bazında beklenen hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.

H2: Hastaların cinsiyetleri ile kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.

H3: Hastaların eğitim düzeyleri ile kalite boyutları bazında beklenen hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.

H4: Hastaların eğitim düzeyleri ile kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.

H5: Hastaların yaşları ile kalite boyutları bazında beklenen hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.

H6: Hastaların yaşları ile kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.

H7: Hastaların gelir durumları ile kalite boyutları bazında beklenen hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.

H8: Hastaların gelir durumları ile kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.

H9: Hastaların medeni durumları ile kalite boyutları bazında beklenen hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.

H10: Hastaların medeni durumları ile kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.

H11: Hastaların milliyetleri ile kalite boyutları bazında beklenen hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.

H12: Hastaların milliyetleri ile kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.

2.1.9. Güvenilirlik Analizi

Güvenilirlik analizi, herhangi bir konuda örnekleme oluşturan birimler üzerinden veri toplamak amacı ile geliştirilen ölçme aracını oluşturan ifadelerin, kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini test etmek amacı ile kullanılmaktadır. Bu bağlamda, SERVQUAL modelinin güvenilirliğini test etmek üzere, güvenilirlik analizi uygulanmıştır. 0 ile 1 arasında değişen Cronbach's Alpha katsayısının 1'e yakın oluşu ölçeğin o ölçüde güvenilir bir ölçek olduğuna karar verebilmektedir. Genel literatürde 0.70 ve üstü değerler yüksek güvenilirlik olarak değerlendirilmektedir (Durmuş vd., 2016).

Tablo 11: Alpha Güvenirlilik Testi

	Cronbach's Alfa (İş Tutarlılık Katsayısı)	Soru Sayısı	Anket Uygulanan Kişi Sayısı
Beklenen Kalite	0,797	15	102
Algılanan Kalite	0,898	15	102

Tablo 11'de görüldüğü üzere testin sonucunda Mükemmel Hastane için 0,797 Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi için ise 0,898 olarak bulunan Cronbach's Alpha katsayısı verilerin yüksek güvenilirlikte olduğunu göstermektedir.

2.1.10. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi’nden Hizmet Alan Uluslararası Hastaların Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeyleri

Sağlık hizmetlerinden beklentilere ilişkin olarak katılımcılara yöneltilen sorulara verilen yanıtların min-max değerleri, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları SPSS 22.0 ile değerlendirilmiştir. Bulgulara bakıldığında, katılımcıların sağlık hizmetlerinden beklentilerinin yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 12: Beklenen ve Algılanan Kalitenin Ortalama Frekansları

	Ortalama Skor	
	Beklenti	Algı
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, modern cihaz ve ekipmanlara sahiptir.	4,75	4,33
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinin fiziksel özellikleri görsel olarak çarpıcıdır.	4,29	4,21
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'ndeki çalışanlar temiz ve iyi görünüşlüdür.	4,65	4,31
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, zamanında hizmet sunmaktadır.	4,60	4,11
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi çalışanları, bir sorun olduğunda sorunu çözmeye istekli davranırlar.	4,60	4,11
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde fatura işlemi doğru yapılır.	4,39	3,90
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'ndeki çalışanlar servis saatini tam olarak bildirirler.	4,55	3,76
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi çalışanları mümkün olan en kısa sürede hizmet verirler.	4,52	3,78
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'ndeki çalışanlar daima hastalara yardım etmeye isteklidirler.	4,55	4,04
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'ndeki hastalar çalışanlarla olan ilişkilerinde kendilerini güvende hissederler.	4,60	4,10
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi çalışanlar verdikleri hizmetler konusunda bilgilidirler.	4,80	4,24
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi çalışanları naziktirler.	4,67	4,07
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi çalışanlarına işlerini daha iyi yapmak için yeterli desteği verir.	4,62	3,86
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi çalışanları hastalara kişisel ilgi gösterirler.	4,61	4,09
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, hastalar için elinden gelenin en iyisini yapar.	4,86	4,05

Beşli Likert tipi değerlendirme ölçeğine göre, “Katılıyorum” öncülü için 4, “Kesinlikle Katılıyorum” öncülü için 5 girilmiştir. Her bir öncülün de ortalama puanı “Katılıyorum” ile “Kesinlikle Katılıyorum” arasındadır. Tablo 12 incelendiğinde her bir soruya katılımcıların verdikleri yanıtların ortalamalarının 4’ün üzerinde gerçekleştiği görülmüştür.

Beklenen kalitenin SERVQUAL boyutlara göre dağılımı ise Tablo 13’de görülmektedir.

Tablo 13: Beklenen Kalite Skorlarının SERVQUAL Boyutlarına Göre Dağılımı

Boyutlar	Min	Max	Ort.	Std.Sap.
Fiziksel Görünüm (1-3. Sorular)	3,00	5,00	4,56	0,52
Güvenilirlik (4-6. Sorular)	3,00	5,00	4,53	0,55
Heveslilik (7-9. Sorular)	3,33	5,00	4,54	0,41
Duyarlılık (10-13. Sorular)	3,50	5,00	4,67	0,43
Yeterlilik (14-15. Sorular)	3,50	5,00	4,74	0,37
BHK (Beklenen Hizmet Kalitesi)	3,67	5,00	4,60	0,31

2.1.11. Hizmet Alanların Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hizmetlerini Algıları

Sağlık hizmetlerinden algılarına ilişkin olarak katılımcılara yöneltilen sorulara verilen yanıtların min-max değerleri, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları SPSS 22.0 ile değerlendirilmiştir. Sonuçlara bakıldığında, katılımcıların sağlık hizmetlerinden algılarının genel olarak beklentilerin altında kaldığı görülmektedir.

Tablo 14 incelendiğinde her bir soruya katılımcıların verdikleri yanıtların ortalamalarının 3,5’in üzerinde olduğu görülmektedir. Beşli likert tipi değerlendirme ölçeğine göre “Kararsızım” öncülü için 3, “Katılıyorum” öncülü için 4, “Kesinlikle Katılıyorum” öncülü için 5 girilmiştir. 6, 7, 8 ve 13. Algı sorusu haricindeki öncüllerin ortalama puanı “Katılıyorum” ile “ Kesinlikle Katılıyorum” arasında gerçekleşmiştir. Belirtilen dört Algı öncüllerinde ise hizmet alanların ortalama algılarının 3 ila 4 arasında gerçekleştiği görülmüştür.

Algılanan kalitenin SERVQUAL boyutlarına dağılımı ise Tablo 14’te görülmektedir.

Tablo 14: Algılanan Kalite Skorlarının SERVQUAL Boyutlarına Göre Dağılımı

Boyutlar	Min	Max	Ort.	Std.Sap.
Fiziksel Görünüm (1-3. Sorular)	2,00	5,00	4,28	0,67
Güvenilirlik (4-6. Sorular)	1,00	5,00	4,04	0,68
Heveslilik (7-9. Sorular)	1,67	5,00	3,86	0,90
Duyarlılık (10-13. Sorular)	1,50	5,00	4,01	0,77
Yeterlilik (14-15. Sorular)	1,50	5,00	4,09	0,80
AHK (Algılanan Hizmet Kalitesi)	1,67	4,92	4,07	0,61

2.1.12. Beklenti ve Algılamaları Arasındaki Farkın Ölçümü

Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin geliştirdiği modele göre, SERVQUAL Skoru ifade çiftlerine verdikleri puanlar arasındaki farkın hesaplanmasına dayanmaktadır. Bu bilgiler ışığında SERVQUAL Skoru aşağıdaki gibi hesaplanmıştır.

$$\text{SERVQUAL Skoru} = \text{Algı Skoru} - \text{Beklenti Skoru}$$

Bu durumda ortaya çıkan SERVQUAL Skorları -4 ile +4 ve bunların arasındaki değerlerden birisi olacaktır. Çünkü araştırmada beşli likert ölçekli anket kullanılmıştır.

SERVQUAL puanının pozitif değer çıkması, müşteri beklentilerinin karşılandığı anlamına gelmekte, dolayısıyla hastaların sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısının yüksek olduğu yorumu yapılabilmektedir. SERVQUAL puanının negatif olması durumunda, hasta beklentilerinin karşılanmadığı, dolayısıyla hastaların sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısının düşük olduğu anlamına gelmektedir (Parasuraman vd., 1985). SERVQUAL puanının sıfır olması durumunda ise, hizmet alanların beklentilerinin en azından karşılandığı, dolayısıyla Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi’nde algılanan hizmet kalitesinin “tatminkâr” olduğu sonucu çıkartılabilir. Diğer taraftan Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi’nin algılanan hizmet kalitesini değerlendirmede hesaplanan negatif ve pozitif puanların derecesi de önem taşımaktadır. Örneğin, SERVQUAL puanının +4’e yaklaşması hasta beklentilerinin yüksek düzeyde

karşılandığı anlamına gelirken, puanın -4'e yaklaşması durumunda ise hasta beklentilerinin hiç karşılanmadığı sonucu çıkartılabilmektedir.

Elde edilen faktörler hesaplandıktan sonra SERVQUAL Skorunun hesabı da aşağıdaki gibi yapılmaktadır.

Algı-Beklenti formülüyle bulunan SERVQUAL Skorları kullanılarak sırayla tüm hizmet kalitesi boyutları için ortalama SERVQUAL Skoru hesapları yapılır. Ortalama SERVQUAL Boyut Skorları iki aşamada elde edilmektedir.

- a) Boyutu oluşturan her bir algılama ile beklenti ifadesi arasındaki farklar bulunur. İfadelere verilen SERVQUAL Skorları toplanır ve boyutu oluşturan ifade sayısına bölünür.
- b) N sayıda hizmet alan kişi için birinci adımda elde edilen boyut-boyut analiz değerleri toplanır ve N'ye bölünür.

Toplam hizmet kalitesi skorunu elde etmek için hesaplanan skorlar toplanıp 5'e bölünür. Bulunan skor **SERVQUAL Skoru**'dur. Tablo 15'de hesaplanan boyut skorları verilmiştir.

Tablo 15: Fark Skorlarının SERVQUAL Boyutlarına Göre Dağılımı

Boyutlar	Min	Max	Ort. Fark	Std.Sap.
Fiziksel Görünüm	-3,00	2,00	-0,28	0,59
Güvenilirlik	-2,67	1,33	-0,49	0,75
Heveslilik	-3,00	1,67	-0,68	0,95
Duyarlılık	-3,00	1,33	-0,62	0,76
Yeterlilik	-3,33	1,33	-0,67	0,80
SERVQUAL Skoru	-2,73	1,07	-0,54	0,60

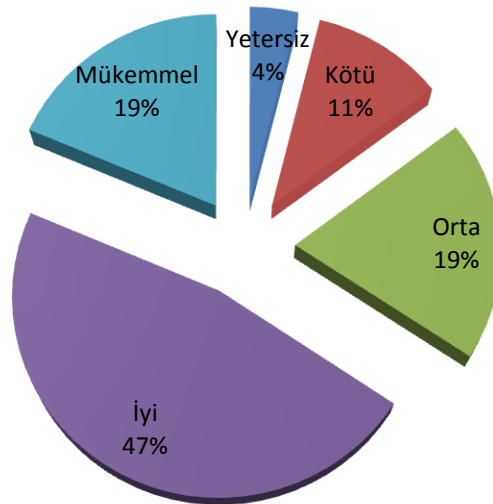
Katılımcıların beklenen ve algılanan puanları arasındaki farklar incelendiğinde, Tablo 15'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde beklenen-algılanan hizmet kalitesi arasındaki en büyü fark, heveslilik boyutundadır. Bu konudaki beklentiler en az düzeyde karşılanmıştır. Yine bu tablodan en çok memnuniyetin fiziksel görünüm boyutunda sağlandığı da görülmektedir. Bu boyutların ortalamasından oluşan

SERVQUAL Skoru incelendiğinde ise her algı ve beklenti önermesi arasında ortalama yarım puanlık fark olduğu görülmektedir.

2.1.13. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranları

Katılımcılardan Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi’nde almış oldukları hizmetlere ilişkin, genel memnuniyetlerini de ankette değerlendirmesi istenmiştir. Buna ilişkin anket sonunda “Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi’nden **GENEL MEMNUNİYETİNİZ** nedir?” sorusu katılımcılara yöneltilmiştir. Genel Memnuniyet sorusuna beşli likert ölçeğine göre verilen cevaplar Şekil 9’da gösterilmiştir.

Şekil 9: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranları



Buna göre, “iyi” ve “mükemmel” seçenekleri olumlu kabul edilerek memnuniyet oranının %66 olduğu, “kötü” ve “yetersiz” seçenekleri olumsuz kabul edilerek memnuniyetsizlik oranının %15 olduğu ve “orta” seçeneği orta düzeyde memnuniyet göstergesi kabul edilerek orta düzeyde memnuniyet oranının %19 olduğu anlaşılmaktadır. Bu sonuçlardan da anlaşılabileceği üzere genel memnuniyet oranı %66 olduğu bunun da kabul edilebilir bir memnuniyet oranı olduğu anlaşılmaktadır.

3. BÖLÜM

BULGULAR

Verilerin değerlendirilmesinde örneklem sayısı yeterli değilse veya örneklem yeterli olduğu halde veri parametrik test varsayımlarını yerine getiremiyorsa parametrik olmayan yöntemler kullanılır.

Araştırmanın değişkenleri için parametrik test varsayımlarından normal dağılım analizi uygulanmıştır. Değişkenlerin normal dağılımını gösteren Kolmogorov Smirnov Testi sonucunda değişkenlerin normal dağılım göstermediği görülmektedir (Tablo 16). $p < 0.05$ olduğu için verilerin analizinde parametrik olmayan (Non-Parametrik) yöntemler tercih edilmiştir.

Tablo 16. Kolmogorov-Smirnov Testi Sonuçları

Hizmet Kalitesi Boyutları	p
Fiziksel Görünüm Beklenti	,000
Güvenilirlik Beklenti	,000
Heveslilik Beklenti	,000
Duyarlılık Beklenti	,000
Yeterlilik Beklenti	,000
BHK	,000
Fiziksel Görünüm Algı	,000
Güvenilirlik Algı	,000
Heveslilik Algı	,000
Duyarlılık Algı	,000
Yeterlilik Algı	,000
AHK	,000

H1: Hastaların cinsiyetleri ile kalite boyutları bazında beklenen hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.

H2: Hastaların cinsiyetleri ile kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.

Tablo 17: Beklenen ve Algılanan Kalite Düzeylerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

		Grup	N	Ort	Standart Sapma	MW	p
Mükemmel Hastane (Beklenen Hizmet Kalitesi)	Fiziksel Görünüm	Kadın	35	4,59	0,51	1.087,500	0,527
		Erkek	67	4,55	0,52		
	Güvenilirlik	Kadın	35	4,46	0,71	1.129,000	0,748
		Erkek	67	4,57	0,45		
	Heveslilik	Kadın	35	4,50	0,43	1.072,500	0,464
		Erkek	67	4,56	0,41		
	Duyarlılık	Kadın	35	4,57	0,46	1.057,000	0,391
		Erkek	67	4,66	0,41		
	Yeterlilik	Kadın	35	4,76	0,38	1.130,500	0,738
		Erkek	67	4,76	0,36		
	BHK	Kadın	35	4,58	0,34	1.119,500	0,708
		Erkek	67	4,62	0,29		
Hacettepe Hastanesi (Algılanan Hizmet Kalitesi)	Fiziksel Görünüm	Kadın	35	4,30	0,65	1.162,500	0,943
		Erkek	67	4,28	0,68		
	Güvenilirlik	Kadın	35	4,12	0,69	1.024,500	0,289
		Erkek	67	4,00	0,68		
	Heveslilik	Kadın	35	3,95	0,77	1.107,500	0,644
		Erkek	67	3,82	0,96		
	Duyarlılık	Kadın	35	4,16	0,62	998,000	0,214
		Erkek	67	3,93	0,82		
	Yeterlilik	Kadın	35	4,23	0,74	1.069,500	0,461
		Erkek	67	4,07	0,83		
	AHK	Kadın	35	4,17	0,57	1.020,500	0,283
		Erkek	67	4,02	0,63		

Hizmet alanların her bir kalite boyutu için beklenen ve algılanan kalite puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Hipotezlere ilişkin Mann Whitney U testi sonuçları Tablo 17’de verilmiştir. H1 ve H2 hipotezleri reddedilmiştir. Çünkü tüm kalite boyutlarına göre anlamlılık değerleri 0.05’ten ($p > 0.05$) büyük çıkmıştır. Buna göre, hizmet kalitesi boyut skorlarının cinsiyet gruplarına göre farklılık göstermediği kabul edilmiştir. Dolayısıyla beklenen ve algılanan hizmet kalitesi ile katılımcıların cinsiyeti arasında anlamlı bir farklılık yoktur denilebilir.

H3: Hastaların eğitim düzeyleri ile kalite boyutları bazında beklenen hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.

H4: Hastaların eğitim düzeyleri ile kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.



Tablo 18: Beklenen ve Algılanan Kalite Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

		Grup	N	Ort	Standart Sapma	KW	p	Fark
Mükemmel Hastane (BHK)	Fiziksel Görünüm	İlk-Ortaöğretim	31	4,72	0,53	12,857	0,002	1<2,3
		Ön lisans-Lisans	41	4,59	0,48			
		Lisansüstü	30	4,36	0,50			
	Güvenilirlik	İlk-Ortaöğretim	31	4,74	0,46	13,389	0,001	2>3
		Ön lisans-Lisans	41	4,50	0,60			
		Lisansüstü	30	4,33	0,52			
	Heveslilik	İlk-Ortaöğretim	31	4,59	0,44	1,161	0,560	
		Ön lisans-Lisans	41	4,49	0,40			
		Lisansüstü	30	4,54	0,43			
	Duyarlılık	İlk-Ortaöğretim	31	4,73	0,37	2,749	0,253	
		Ön lisans-Lisans	41	4,52	0,53			
		Lisansüstü	30	4,67	0,27			
	Yeterlilik	İlk-Ortaöğretim	31	4,92	0,18	12,706	0,002	2>3
		Ön lisans-Lisans	41	4,64	0,42			
		Lisansüstü	30	4,74	0,38			
	BHK	İlk-Ortaöğretim	31	4,74	0,25	9,809	0,007	2>3
		Ön lisans-Lisans	41	4,55	0,33			
		Lisansüstü	30	4,53	0,30			
Hacettepe Hastanesi (AHK)	Fiziksel Görünüm	İlk-Ortaöğretim	31	4,41	0,58	3,248	0,197	
		Ön lisans-Lisans	41	4,36	0,50			
		Lisansüstü	30	4,03	0,88			
	Güvenilirlik	İlk-Ortaöğretim	31	4,33	0,36	9,767	0,008	2>1,3
		Ön lisans-Lisans	41	4,02	0,25			
		Lisansüstü	30	3,75	0,91			
	Heveslilik	İlk-Ortaöğretim	31	4,23	0,54	11,214	0,004	2>3
		Ön lisans-Lisans	41	3,88	0,55			
		Lisansüstü	30	3,44	1,01			
	Duyarlılık	İlk-Ortaöğretim	31	4,33	0,18	6,930	0,031	2>1
		Ön lisans-Lisans	41	3,91	0,48			
		Lisansüstü	30	3,81	0,84			
	Yeterlilik	İlk-Ortaöğretim	31	4,18	0,18	2,733	0,936	
		Ön lisans-Lisans	41	4,13	0,45			
		Lisansüstü	30	4,06	0,95			
	AHK	İlk-Ortaöğretim	31	4,30	0,29	5,791	0,055	
		Ön lisans-Lisans	41	4,06	0,30			
		Lisansüstü	30	3,84	0,78			

Hizmet alanların her bir kalite boyutu için beklenen ve algılanan kalite puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Hipotezlere ilişkin Kruskal Wallis testi sonuçları Tablo 18’de verilmiştir. Tablo 18’e göre H3 ve H4 ise kabul edilmiştir. Tablo detaylı olarak incelendiğinde heveslilik ve duyarlılık beklenti ile fiziksel, yeterlilik ve algılanan hizmet kalitesi algı boyutlarında eğitim durumuna göre fark tespit edilmezken diğerlerinde fark tespit edilmiştir. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Farklılığın hangi gruplar arasında hangi yönde olduğunu tespit etmek için yapılan bu testin sonuçları farklar sütununda belirtilmiştir.

Tablo 18 incelendiğinde, fiziksel görünümün beklenti boyutunda ilk-ortaöğretim grubunda yer alanların, ön lisans-lisans ve lisansüstü grubunda yer alanlardan daha düşük beklentiye sahip olduğu görülmektedir. Güvenilirliğin ve yeterliliğin beklenti boyutlarında ve BHK’de ön lisans-lisans mezunları lisansüstü mezunlarından daha yüksek beklentiye sahiptirler. Ön lisans-lisans mezunları; algılanan güvenilirlik boyutunda diğer iki gruptan, algılanan heveslilik boyutunda lisansüstü mezunlarından ve algılanan duyarlılık boyutunda ilk-ortaöğretim mezunlarından daha yüksek algıya sahiptirler.

H5: Hastaların yaşları ile kalite boyutları bazında beklenen hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.

H6: Hastaların yaşları ile kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.

Tablo 19: Beklenen ve Algılanan Kalite Düzeylerinin Yaşa Göre Karşılaştırılması

		Grup	N	Ort	Standart Sapma	KW	p
Mükemmel Hastane (BHK)	Fiziksel Görünüm	18-29	50	4,63	0,41	1,666	0,435
		30-39	33	4,57	0,55		
		40+	19	4,36	0,67		
	Güvenilirlik	18-29	50	4,58	0,50	2,228	0,330
		30-39	33	4,56	0,59		
		40+	19	4,36	0,63		
	Heveslilik	18-29	50	4,51	0,39	6,519	0,068
		30-39	33	4,69	0,33		
		40+	19	4,35	0,52		
	Duyarlılık	18-29	50	4,56	0,50	4,307	0,116
		30-39	33	4,77	0,27		
		40+	19	4,52	0,44		
	Yeterlilik	18-29	50	4,74	0,35	5,175	0,075
		30-39	33	4,85	0,32		
		40+	19	4,64	0,46		
	BHK	18-29	50	4,61	0,33	6,123	0,053
		30-39	33	4,68	0,23		
		40+	19	4,44	0,33		
Hacettepe Hastanesi (AHK)	Fiziksel Görünüm	18-29	50	4,15	0,70	4,456	0,108
		30-39	33	4,45	0,54		
		40+	19	4,35	0,74		
	Güvenilirlik	18-29	50	3,99	0,72	1,617	0,446
		30-39	33	4,08	0,44		
		40+	19	4,08	0,92		
	Heveslilik	18-29	50	3,71	0,91	4,074	0,130
		30-39	33	3,93	0,82		
		40+	19	4,15	0,95		
	Duyarlılık	18-29	50	3,94	0,81	3,585	0,167
		30-39	33	4,22	0,63		
		40+	19	3,82	0,82		
	Yeterlilik	18-29	50	3,99	0,86	2,483	0,289
		30-39	33	4,31	0,65		
		40+	19	4,14	0,87		
	AHK	18-29	50	3,96	0,67	3,377	0,185
		30-39	33	4,21	0,38		
		40+	19	4,11	0,73		

Hizmet alanların her bir kalite boyutu için beklenen ve algılanan kalite puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Bir başka deyişle H5 ve H6 reddedilmiştir.

Hipotezlere ilişkin Kruskal Wallis testi sonuçları Tablo 19’da verilmiştir. Tüm kalite boyutlarına göre anlamlılık değerleri 0.05’ten ($p>0.05$) büyük çıkmıştır. Buna göre, hizmet kalitesi boyut skorlarının yaş gruplarına göre farklılık göstermediği kabul edilmiştir.

H7: Hastaların gelir durumları ile kalite boyutları bazında beklenen hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.

H8: Hastaların gelir durumları ile kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.

Tablo 20: Beklenen ve Algılanan Kalite Düzeylerinin Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması

		Grup	N	Ort	Standart Sapma	KW	p	Fark
Mükemmel Hastane (BHK)	Fiziksel Görünüm	1000 \$ ve altı	49	4,72	0,36	7,322	0,062	
		1000-1999	15	4,67	0,53			
		2000-2999	22	4,42	0,68			
		3000 \$ ve üstü	16	4,35	0,56			
	Güvenilirlik	1000 \$ ve altı	49	4,56	0,53	3,182	0,364	
		1000-1999	15	4,38	0,60			
		2000-2999	22	4,65	0,51			
		3000 \$ ve üstü	16	4,40	0,64			
	Heveslilik	1000 \$ ve altı	49	4,54	0,36	0,481	0,923	
		1000-1999	15	4,51	0,39			
		2000-2999	22	4,52	0,55			
		3000 \$ ve üstü	16	4,58	0,43			
	Duyarlılık	1000 \$ ve altı	49	4,63	0,49	4,542	0,209	
		1000-1999	15	4,60	0,31			
		2000-2999	22	4,74	0,38			
		3000 \$ ve üstü	16	4,52	0,38			
	Yeterlilik	1000 \$ ve altı	49	4,76	0,35	13,054	0,055	
		1000-1999	15	4,67	0,35			
		2000-2999	22	4,95	0,15			
		3000 \$ ve üstü	16	4,58	0,52			
	BHK	1000 \$ ve altı	49	4,64	0,31	4,933	0,177	
		1000-1999	15	4,52	0,31			
		2000-2999	22	4,66	0,28			
		3000 \$ ve üstü	16	4,49	0,33			

Tablo 20: Beklenen ve Algılanan Kalite Düzeylerinin Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması (Devam)

		Grup	N	Ort	Standart Sapma	KW	p	Fark
Hacettepe Hastanesi (AHK)	Fiziksel Görünüm	1000 \$ ve altı	49	4,27	0,71	14,894	0,002	1,4>2 3>1,4
		1000-1999	15	3,80	0,66			
		2000-2999	22	4,62	0,54			
		3000 \$ ve üstü	16	4,33	0,43			
	Güvenilirlik	1000 \$ ve altı	49	3,95	0,69	10,074	0,018	3>1,2, 4
		1000-1999	15	3,87	0,94			
		2000-2999	22	4,41	0,34			
		3000 \$ ve üstü	16	3,98	0,61			
	Heveslilik	1000 \$ ve altı	49	3,65	0,97	7,300	0,063	
		1000-1999	15	3,91	0,88			
		2000-2999	22	4,29	0,79			
		3000 \$ ve üstü	16	3,88	0,63			
	Duyarlılık	1000 \$ ve altı	49	3,86	0,76	6,544	0,088	
		1000-1999	15	3,98	0,97			
		2000-2999	22	4,35	0,62			
		3000 \$ ve üstü	16	4,02	0,67			
	Yeterlilik	1000 \$ ve altı	49	3,95	0,84	21,872	0,000	1,2<3, 4
		1000-1999	15	3,56	0,84			
		2000-2999	22	4,65	0,36			
		3000 \$ ve üstü	16	4,46	0,55			
	AHK	1000 \$ ve altı	49	3,94	0,65	19,067	0,000	3>1,2, 4
		1000-1999	15	3,82	0,81			
		2000-2999	22	4,48	0,29			
		3000 \$ ve üstü	16	4,13	0,26			

Hizmet alanların her bir kalite boyutu için beklenen ve algılanan kalite puanları ortalamalarının gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Kruskal Wallis testi yapılmıştır.

Hipotezlere ilişkin Kruskal Wallis testi sonuçları Tablo 20’de verilmiştir. Tablo 20’ye göre H7 reddedilirken H8 kabul edilmiştir. Tablo 20 incelendiğinde, Hacettepe Hastanesi için fiziksel görünüm, güvenilirlik, yeterlilik ve AHK boyutlarında gelir durumuna göre farklılık olduğu tespit edilmiştir. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Farklılığın hangi gruplar arasında hangi yönde olduğunu tespit etmek için yapılan bu testin sonuçları farklar sütununda belirtilmiştir.

Tablo 20'ye göre; geliri 1000 \$ ve altı olanlar ile 3000 \$ ve üstü olanların, geliri 1000\$-1999\$ arası olanlardan; geliri 2000\$-2999\$ arası olanların geliri 1000 \$ ve altı olanlar ile 3000 \$ ve üstü olanların daha yüksek fiziksel görünüm algısına sahiptir. Geliri 2000\$-2999\$ arası olanların diğer tüm gelir gruplarından daha yüksek güvenilirlik algısına sahip olduğu söylenebilir. Geliri 1000 \$ ve altı olanlar ile 1000\$-1999\$ arası olanlar, geliri 2000\$-2999\$ arası olanlar ile 3000 \$ ve üstü olanlardan daha yüksek yeterlilik algısına sahiptir. Son olarak, geliri 2000\$-2999\$ arası olanlar diğer tüm gelir gruplarından daha yüksek AHK düzeyine sahiptir.

H9: Hastaların medeni durumları ile kalite boyutları bazında beklenen hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.

H10: Hastaların medeni durumları ile kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.

Tablo 21: Beklenen ve Algılanan Kalite Düzeylerinin Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması

		Grup	N	Ort	Standart Sapma	MW	p	Fark
Mükemmel Hastane (BHK)	Fiziksel Görünüm	Bekâr	54	4,58	0,43	1.216,500	0,048	1>2
		Evli	48	4,54	0,60			
	Güvenilirlik	Bekâr	54	4,55	0,49	1.278,000	0,288	
		Evli	48	4,50	0,62			
	Heveslilik	Bekâr	54	4,53	0,37	1.215,000	0,376	
		Evli	48	4,55	0,46			
	Duyarlılık	Bekâr	54	4,56	0,47	1.140,000	0,160	
		Evli	48	4,69	0,36			
	Yeterlilik	Bekâr	54	4,75	0,33	1.187,500	0,357	
		Evli	48	4,76	0,41			
	BHK	Bekâr	54	4,60	0,29	1.217,500	0,046	1>2
		Evli	48	4,61	0,33			
Hacettepe Hastane (BHK)	Fiziksel Görünüm	Bekâr	54	4,13	0,67	7,225	0,007	2>1
		Evli	48	4,45	0,64			
	Güvenilirlik	Bekâr	54	3,90	0,68	5,890	0,173	
		Evli	48	4,19	0,66			
	Heveslilik	Bekâr	54	3,71	0,80	5,756	0,089	
		Evli	48	4,03	0,98			
	Duyarlılık	Bekâr	54	3,86	0,76	5,846	0,123	
		Evli	48	4,17	0,75			
	Yeterlilik	Bekâr	54	4,00	0,80	3,818	0,334	
		Evli	48	4,26	0,80			
	AHK	Bekâr	54	3,93	0,62	7,046	0,008	2>1
		Evli	48	4,22	0,57			

Hizmet alanların her bir kalite boyutu için beklenen ve algılanan kalite puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Hipotezlere ilişkin Mann Whitney testi sonuçları Tablo 21’de verilmiştir. Tablo 21’e göre H9 ve H10 kabul edilmiştir. Tablo 21’e göre; mükemmel hastanenin ve Hacettepe Hastanesinin fiziksel görünüm boyutunda, mükemmel hastanenin BHK ve Hacettepe Hastanesinin AHK boyutlarında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Tablo 21 incelendiğinde, bekârların fiziksel görünüm beklentileri evlilere nazaran daha yüksek iken, algılarda tam tersi söz konusudur. BHK’de bekârların evlilere kıyasla daha yüksek

beklentileri olduğu gör÷lmektedir. Fiziksel gör÷n÷m÷n algı boyutunda ise, evlilerin bekârlardan daha yüksek algıları olduğu gör÷lmektedir.

H11: Hastaların milliyetleri ile kalite boyutları bazında beklenen hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.

H12: Hastaların milliyetleri ile kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.



Tablo 22: Beklenen ve Algılanan Kalite Düzeylerinin Katılımcıların Milliyetlerine Göre Karşılaştırılması

		Grup	N	Ort	Standart Sapma	KW	p	Fark
Mükemmel Hastane (BHK)	Fiziksel Görünüm	Kuzey Afrika	15	4,60	0,50	3,665	0,453	
		Irak	17	4,53	0,61			
		Azerbaycan	35	4,61	0,58			
		İran	6	4,22	0,68			
		Diğer	29	4,57	0,33			
	Güvenilirlik	Kuzey Afrika	15	4,49	0,33	5,801	0,214	
		Irak	17	4,41	0,71			
		Azerbaycan	35	4,54	0,56			
		İran	6	4,06	0,90			
		Diğer	29	4,70	0,41			
	Heveslilik	Kuzey Afrika	15	4,64	0,34	4,785	0,310	
		Irak	17	4,63	0,46			
		Azerbaycan	35	4,54	0,49			
		İran	6	4,50	0,27			
		Diğer	29	4,44	0,34			
	Duyarlılık	Kuzey Afrika	15	4,62	0,37	6,011	0,198	
		Irak	17	4,75	0,27			
		Azerbaycan	35	4,72	0,38			
		İran	6	4,50	0,69			
		Diğer	29	4,47	0,49			
	Yeterlilik	Kuzey Afrika	15	4,80	0,21	3,460	0,484	
		Irak	17	4,80	0,42			
		Azerbaycan	35	4,80	0,33			
		İran	6	4,56	0,58			
		Diğer	29	4,70	0,40			
	BHK	Kuzey Afrika	15	4,63	0,22	3,786	0,436	
		Irak	17	4,62	0,30			
		Azerbaycan	35	4,64	0,33			
		İran	6	4,40	0,39			
		Diğer	29	4,57	0,30			

Tablo 22: Beklenen ve Algılanan Kalite Düzeylerinin Katılımcıların Milliyetlerine Göre Karşılaştırılması (Devam)

		Grup	N	Ort	Standart Sapma	KW	p	Fark
Hacettepe Hastanesi (AHK)	Fiziksel Görünüm	Kuzey Afrika	15	4,59	0,68	10,517	0,033	4>1,2,3,5
		Irak	17	4,22	0,66			
		Azerbaycan	35	4,25	0,78			
		İran	6	5,00	0,00			
		Diğer	29	4,22	0,53			
	Güvenilirlik	Kuzey Afrika	15	4,11	0,43	1,547	0,818	
		Irak	17	4,10	0,90			
		Azerbaycan	35	4,02	0,73			
		İran	6	4,17	0,54			
		Diğer	29	3,97	0,64			
	Heveslilik	Kuzey Afrika	15	4,27	0,63	9,392	0,052	
		Irak	17	4,00	1,03			
		Azerbaycan	35	3,91	0,89			
		İran	6	4,00	0,98			
		Diğer	29	3,48	0,84			
	Duyarlılık	Kuzey Afrika	15	3,87	0,50	15,233	0,004	3,4>1,5
		Irak	17	3,98	0,85			
		Azerbaycan	35	4,29	0,71			
		İran	6	4,50	0,45			
		Diğer	29	3,67	0,80			
	Yeterlilik	Kuzey Afrika	15	4,11	0,70	13,957	0,007	2,3,4>5
		Irak	17	4,27	0,83			
		Azerbaycan	35	4,29	0,81			
		İran	6	4,67	0,21			
		Diğer	29	3,74	0,79			
	AHK	Kuzey Afrika	15	4,12	0,41	13,414	0,009	4>1,2,3,5 3>5
		Irak	17	4,11	0,71			
		Azerbaycan	35	4,15	0,62			
		İran	6	4,54	0,35			
		Diğer	29	3,81	0,61			

Hizmet alanların her bir kalite boyutu için beklenen ve algılanan kalite puanları ortalamalarının milliyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Kruskal Wallis testi yapılmıştır.

Hipotezlere ilişkin Kruskal Wallis testi sonuçları Tablo 22’de verilmiştir. Tablo 22’ye göre H11 reddedilirken H12 kabul edilmiştir. Tablo 22 incelendiğinde fiziksel görünüm, duyarlılık ve yeterlilik algıları ile AHK boyutlarında anlamlı bir fark olduğu

görülmektedir. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Fiziksel görünüm boyutu ile ilgili olarak İranlıların diğer tüm gruplardan daha yüksek algıya sahip oldukları görülmektedir. Duyarlılık boyutunda, İranlılar ve Azeriler, Kuzey Afrika'dan ve Diğer grubundan gelen ülkelerden daha yüksek algıya sahiptirler. Yeterlilik boyutunda; Iraklılar, Azeriler ve İranlılar, Diğer grubundan gelenlerden daha yüksek algıya sahiptirler. AHK boyutuna göre ise; İranlılar diğer tüm gruplardan ve Azeriler de Diğer grubundakilerden daha yüksek algıya sahiptirler.



4. BÖLÜM

TARTIŞMA

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 56. maddesinde “herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler” denilerek herkesin sağlıklı olarak yaşamını sürdürme hakkına sahip olduğu belirtilmiştir. Vatandaşlara anayasal bir hak olarak sunulan sağlık hizmetini, sağlama ve denetleme görevi kamu ve özel kesimlerdeki sağlık kurumları vasıtası ile yine Anayasa ile devlete verilmiştir. Sağlık Bakanlığı bu anayasal sorumluluğu yerine getirmek amacıyla 23 Nisan'da Türkiye Büyük Millet Meclisinin açılışını takiben 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı kanun ile kurulmuştur. Yıllar içerisinde sağlık alanında birçok gelişme yaşanmış ve toplum sağlığında kayda değer iyileşmeler sağlanmıştır. Türkiye'nin sağlık politikalarında görülen son büyük değişim ise, 2003 yılı başında kamuoyuna duyurulan SDP ile başlamıştır. SDP ile sağlık alanında iyileştirmeler yapılarak eksiklikler giderilmeye çalışılmış ve sonucunda sağlık hizmetlerinden vatandaş memnuniyet oranları yükselmiştir. TÜİK'in 2017 yaşam memnuniyet araştırmasına göre, sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı %71,7 olarak ölçülmüştür (TÜİK, 2017).

Nüfusun tamamının hayatının başlangıcından sonuna kadar ihtiyaç duyacağı bu sektörde hizmet sunumu elbette ki zordur. Böyle devasa bir alanda bu hizmeti sunarken hizmet alanlara fırsat eşitliğine dayanan, memnuniyet odaklı, daha kısa sürede ve en doğru şekilde hizmet sunmak gerekmektedir. Bununla birlikte artık küreselleşen dünyada “Sağlık Turizmi” kavramının da gelişmesi ile Türkiye’de 2014-2018 yıllarını kapsayan 10. Kalkınma Planında “Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı” Öncelikli Dönüşüm Programı’na alınmıştır. Bu programın amacı Türkiye’nin sağlık, emekli, termal ve rehabilitasyon turizminde hizmet kalitesini arttırarak rekabetçi gücünü arttırmak olarak ifade edilmiştir. Bu çalışma ile Ankara ilinde önemli merkezlerden olan Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Türkiye için bir model kabul edilip, uluslararası hastalara sunulan sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi hakkında fikir vermesi açısından iyi bir örnek olabilir.

Literatürde sağlık sektöründe hizmet kalitesini ölçme üzerine yapılan çalışmalara bakıldığında ağırlıklı olarak SERVQUAL ölçeğinin kullanıldığı göze çarpmaktadır (Carman, 1990; Babakuş ve Mongold, 1992; Lytle ve Mokwa, 1992; Headley ve Miller, 1993; Bowers vd., 1994; Fusilier ve Simpson, 1995; Bebko ve Garg, 1995; Devedakan ve Aksaraylı, 2003; Sevimli, 2006; Yalkın, 2010; Al-Borie ve Damanhourı, 2011; Guiry ve Vequist, 2011). Dünyada ve Türkiye’de birçok hastane ve sağlık kuruluşunun sunduğu hizmetin kalitesi bu yöntem ile ölçülmüş ve bu konuda çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Aşağıda, bahsi geçen çalışmalardan elde edilen sonuçlarla bu çalışmadan elde edilen sonuçlar karşılaştırılmaktadır. Karşılaştırma için, çok atıf alan (Devedakan ve Aksaraylı, 2003; Sevimli, 2006; Yalkın, 2010; Al-Borie ve Damanhourı, 2011; Guiry ve Vequist, 2011) ve güncel olan (Harput, 2014; Peprah ve Atarah, 2014; Kalaja vd., 2016; Arısoy, 2017) kaynaklar seçilmişlerdir.

Devedakan ve Aksaraylı (2003) özel bir hastaneden hizmet alan 105 hastaya SERVQUAL ölçeğini uygulamıştır. Buldukları sonuçlara göre, hastanede güvenilirlik ve güven boyutları, hastaların çoğunluğu tarafından en önemli hizmet kalitesi boyutları olarak, fiziksel özellik ve duyarlılık boyutları ise en az önem verilen hizmet kalitesi boyutları olarak değerlendirilmektedir. Yalkın (2010)’un Ankara ilindeki özel bir hastanede hizmet alan hastalar üzerinde yaptığı SERVQUAL ölçeği ile hizmet kalitesinin ölçümü çalışmasında hizmet kalitesinin en düşük olduğu boyutun fiziksel görünüm boyutu olduğunu belirlenmiştir. Ayrıca hastane müşterilerinin en çok önem verdiği kalite boyutlarının güvenilirlik ve heveslilik boyutları olmasına rağmen hastanede en yüksek kalite algısının duyarlılık boyutunda olduğu görülmüştür. Bu çalışmada ise, Hacettepe Üniversitesinden hizmet alan uluslararası hastaların en çok önem verdiği boyut yeterlilik iken en az önem verdiği boyut güvenilirliktir. Ayrıca bu hastaların en düşük kalite algısının heveslilik, en yüksek kalite algısının ise fiziksel görünüm boyutlarında olduğu görülmüştür.

Al-Borie ve Damanhourı (2011)’in Suudi Arabistan kamu ve özel sektör hastanelerinde hasta memnuniyetini ölçme amaçlı yaptıkları çalışmalarında özel hastanelerde memnuniyet oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Boyutlar bazında devlet hastanelerinde en çok memnun olunan üç boyut fiziksel özellikler, yeterlilik ve güvenilirlik olurken özel hastanelerde ise sırayla güvenilirlik, yeterlilik ve fiziksel

özellikler olarak sıralanmıştır. Guiry ve Vequist (2011)'in SERVQUAL ölçeğini kullanarak Amerikalı uluslararası hastalar üzerine yaptıkları çalışmalarında, güvenilirlik ve yeterlilik alanlarında beklentiler ve algılar arasında büyük boşluklar olduğu ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte bu iki araştırmacı sağlık turistlerinin beklentilerini karşılamak için duyarlılık ve fiziksel özellikler boyutlarında ve yönetsel iyileştirmelere ihtiyaç duyulduğunu ifade etmişlerdir. Peprah ve Atarah (2014) tarafından, Gana'da 214 hastaya uygulanan SERVQUAL ölçeği sonuçlarına göre, en yüksek memnuniyet fiziksel özellikler boyutunda iken en düşük memnuniyet güvenilirlik boyutunda ortaya çıkmıştır. Ayrıca, güvenilirlik, heveslilik, iletişim¹ ve yeterlilik boyutlarının skorlarında algılanan kalite beklenen kaliteden daha düşük olmakla birlikte diğer boyutlarda (fiziksel özellikler ve duyarlılık) algılanan kalite beklenen kaliteden yüksek çıkmıştır. Kalaja ve diğerleri (2016) tarafından, 2015 yılında Arnavutluk'taki bir kamu hastanesinden yatarak hizmet alan 200 hastaya SERVQUAL ölçeği uygulanmış ve tüm boyutlarda algılanan hizmet kalitesinin beklenenden yüksek olduğu ortaya konmuştur. Kalaja ve diğerleri (2016) çalışmasında en yüksek memnuniyet güvenilirlik boyutunda iken en düşük memnuniyet fiziksel özellikler boyutundadır. Bu çalışmada ise, Hacettepe Üniversitesinden hizmet alan uluslararası hastaların hizmet kalitesi boyutlarından memnuniyet seviyeleri sırasıyla fiziksel görünüm, yeterlilik, güvenilirlik, duyarlılık ve heveslilik olarak tespit edilmiştir.

Sevimli (2006) çalışmasında eğitim seviyesi arttıkça fiziksel özellikler algısının azaldığını ancak cinsiyete ve gelir seviyesine göre anlamlı bir farklılık olmadığını tespit etmiştir. Bu çalışmada ise, Hacettepe Üniversitesinden hizmet alan uluslararası hastaların eğitim seviyeleri ile güvenilirlik, heveslilik ve duyarlılık boyutları arasında algılanan hizmet kalitesi açısından anlamlı farklılık bulunmuştur; cinsiyete ve gelir seviyesine göre algılanan hizmet kalitesinde, Sevimli (2006)'da olduğu gibi herhangi bir farklılık bulunamamıştır.

Harput (2014), İstanbul ili Ataşehir İlçesi'nde hizmet veren özel bir üniversite hastanesinden hizmet alan yatan hastalara SERVQUAL ölçeğini uyguladığı çalışmasında, beklenen hizmet kalitesi boyutunda gelir durumuna göre anlamlı bir

¹ Peprah ve Atarah (2014) çalışmasında, iletişim adlı yeni bir boyut eklenerek SERVQUAL ölçeği soruları 6 boyuta dağıtılmıştır.

farklılık tespit edememiştir. Bu çalışmada da, Hacettepe Üniversitesinden hizmet alan uluslararası hastaların beklenen hizmet kalitesi boyutunda gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bu açıdan Harput (2014) ile benzer sonuçlar bulunmuştur.

Arısoy (2017)'un Niğde il merkezinde bulunan toplam 10 adet aile sağlığı merkezinden hizmet alan hastalara SERVQUAL ölçeğini uyguladığı çalışmasında, katılımcıların yaşlarına göre algılanan hizmet kalitesi boyutlarında anlamlı farklılık bulunmuştur; yaş grubu arttıkça algılanan hizmet kalitesinin arttığı görülmüştür. Bu çalışmada ise, Hacettepe Üniversitesinden hizmet alan uluslararası hastaların yaş grupları ile algı skorları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.



5. BÖLÜM

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Uluslararası Hasta Koordinatörlüğü aracılığıyla hizmet alan uluslararası hastalara, hizmet kalitesini ölçmek için SERVQUAL ölçeğine dayalı anket uygulanmıştır. Bu anket çalışmasıyla hastaların demografik özellikleriyle karşılaştırmalı olarak beklentileri ve bu beklentilerin ne düzeyde karşılanabildiği araştırılmıştır. Katılımcıların demografik özellikleri incelendiğinde, katılımcıların çoğu (%65,7) erkeklerden oluşurken, yaş dağılımları incelendiğinde katılımcıların çoğunluğunun (%49) 18-29 yaş aralığında olduğu, eğitim durumuna göre ise katılımcıların çoğunluğunun ön lisans-lisans (%40) düzeyinde olduğu görülmektedir. Medeni duruma göre bekarların ağırlığı (%52) göze çarparken, gelir durumu dağılımında ise 1.000-1.999\$ aralığı en büyük grup olduğu (%48), milliyete göre dağılımda ise Azerilerin çoğunluğu (%34,3) bariz olarak görülmektedir.

Toplanan verilerin analiz edilmesiyle elde edilen bulgular incelendiğinde ilk olarak göze çarpan hiçbir kalite boyutunda SERVQUAL sokuru pozitif olmadığından dolayı tam olarak memnuniyet sağlanamadığıdır. Araştırma bulgularına göre katılımcılar en yüksek fiziksel görünüm boyutunda memnun olurken, en düşük memnuniyet ise heveslilik boyutundadır. Fiziksel görünümünden sonra sırasıyla güvenilirlik, duyarlılık ve yeterlilik boyutu gelmektedir. Diğer boyutlarla kıyaslandığında heveslilik boyutunda fark ciddi olarak fazla çıkmıştır ve bu da genel SERVQUAL skorunu düşürmektedir. Bu yüzden ileride hizmet kalitesi artırmak için yapılacak çalışmalarda en çok kazanımın bu boyutta olacağı düşünülerek önceliğin bu boyuta verilmesi doğru olacaktır. Önergeler bazında hizmet alanların en memnun oldukları Önerme 2: “Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi’nin fiziksel tesisleri çok güzeldir” olurken, en düşük memnuniyet ise Önerme 15’te: “Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi hastaları için elinden gelenin en iyisini yapar” olmuştur. Genel memnuniyet sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde ise memnuniyet yüzde 65 seviyelerinde çıkmıştır.

Hipotezler incelendiğinde ise ilk göze çarpan, cinsiyete veya yaşa göre beklenen ve algılan kalite boyutlarının hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiş olmasıdır. Bu nedenle, belli bir yaş aralığına ya da cinsiyete özel politikalar

geliştirmek yerine hizmet alan hastaları bir bütün olarak düşünüp genel politikaların geliştirmesi önerilmektedir. Tablo 23’de hipotezlerin kabul/ret durumları gösterilmiştir.

Tablo 23: Araştırma Hipotezlerinin Kabul/Ret Durumları

HİPOTEZLER		Kabul/Ret Durumu
H1	Hastaların cinsiyetleri ile kalite boyutları bazında beklenen hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.	Ret
H2	Hastaların cinsiyetleri ile kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.	Ret
H3	Hastaların eğitim düzeyleri ile kalite boyutları bazında beklenen hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.	Kabul
H4	Hastaların eğitim düzeyleri ile kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.	Kabul
H5	Hastaların yaşları ile kalite boyutları bazında beklenen hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.	Ret
H6	Hastaların yaşları ile kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.	Ret
H7	Hastaların gelir durumları ile kalite boyutları bazında beklenen hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.	Ret
H8	Hastaların gelir durumları ile kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.	Kabul
H9	Hastaların medeni durumları ile kalite boyutları bazında beklenen hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.	Kabul
H10	Hastaların medeni durumları ile kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.	Kabul
H11	Hastaların milliyetleri ile kalite boyutları bazında beklenen hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.	Ret
H12	Hastaların milliyetleri ile kalite boyutları bazında algılanan hizmet kalitesi arasında farklılık vardır.	Kabul

İkinci olarak dikkat çeken nokta, katılımcıların çoğu hizmet kalitesi boyutlarında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmesidir. Eğitim durumuna göre heveslilik ve duyarlılık beklenti boyutları ile fiziksel görünüm, yeterlilik ve algılanan hizmet kalitesi algı boyutlarında fark tespit edilmezken diğerlerinde fark tespit edilmiştir. Fiziksel görünüm boyutunda ilk-ortaöğretim mezunlarının beklentileri diğer iki grubun beklentilerinden düşüktür. Aynı boyutun algı kalitesi incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Gruplar arasında farklar incelendiğinde, güvenilirlik, duyarlılık ve heveslilik algı boyutlarında farkların ön lisans-lisans mezunlarının algılarının yüksek olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Çünkü ön lisans-lisans mezunları fark oluşan üç algı boyutunda da diğer eğitim seviyesi gruplarına nazaran daha yüksek puanlar vermişlerdir. Bu noktada yeterlilik boyutlarının içerdiği soru önermelerinden yola çıkarak bulguları değerlendirelim.

Yeterlilik boyutunu oluşturan Beklenti 14 ve Beklenti 15 önermeleri incelendiğinde, farkı yaratan önermenin Beklenti 14 olduğu belirlenmiştir. Çünkü bu önermede yüksek lisans mezunlarında ön lisans-lisans mezunlarına göre daha yüksek beklenti söz konusudur.

Yeterlilik boyutunda memnuniyet oranını arttırmak için, hastaların bilgilendirilmesi ve sağlıklarını ehil birine emanet ettiği hissiyatının oluşturulması için doktorlar başta olmak üzere tüm sağlık personeline iletişim ve hastayı anlama üzerine eğitimler planlanabilir. Bu şekilde hastalar kendilerini güvende hissedecekler, kendilerini doktorun ellerine rahatlıkla teslim edecekler ve hastaneden memnun olarak ayrılacaklar. İnternet çağında verilen hizmetlerin e-hizmetlere dönüştürülmesi, bizzat kuruma gelmeden de rutin sağlık işlemlerinin yapılabilmesi yeterlilik boyutunda müşteri memnuniyetini arttıracaktır. Bu konuda yıllar içerisinde ciddi adımlar atılmıştır ancak daha fazla hizmetin elektronik ortama taşınması gerekmektedir. Günümüzde bilişim teknolojilerinin gelişime çok açık olduğu düşünüldüğünde diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da bu durumdan faydalanılabilmek önemlidir. Kullanılan ölçüm ve görüntüleme yöntemlerinin, test, analiz ve izleme cihazlarının hızla gelişmesi ve yaygınlaşması sonucunda tıp bilgisi gün geçtikçe zenginleşmektedir ve hastalar için toplanan tıbbi veri ve bilgi miktarı da büyük bir hızla artmaktadır. Sağlık verilerine entegre sistemler ile uzaktan erişilebilmesinin önünü açabilmek amacıyla çalışmalar yapılabilir. Özellikle sağlık turizmi açısından ülkeler arası verilere uzaktan ulaşım konusunda yapılacak ortak çalışmalar yeterlilik boyutunda fayda sağlayacaktır. Ayrıca, günümüzde hemen her alanda etkin olan sosyal medyanın verimli kullanımı da hizmeti sağlayan kuruluşa olumlu bir imaj kazandıracaktır.

Medeni durumuna göre yapılan karşılaştırmalar incelendiğinde ise, fiziksel görünüm boyutlarında, BHK ve AHK’de fark olduğu görülmektedir. Sonuçlara göre, bekârların evlilere nazaran fiziksel görünüm beklentileri daha yüksek olurken, aynı boyutun algısında ise bekârların evlilere göre fiziksel görünüm algıları daha düşük olduğu görülmektedir. Demografik değişkenlerden muaf olarak boyutlar incelendiğinde ise,

medeni durum değişkeninde karşımıza çıkan bu farka rağmen, uluslararası hastalar için en yüksek memnuniyetin fiziksel görünüm boyutunda olduğu görülmektedir. Bunun sebebi olarak uluslararası hastalar için özel bir koordinatörlük kurulması ve genel hastane ortamından daha kaliteli, ferah ve serin bir ortamda hizmet verilmesi söylenebilir. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Uluslararası Hasta Koordinatörlüğü hastane yerleşkesindeki konumu, giriş/çıkış kapısına yakınlığı ve ferah yapısıyla dikkat çekmektedir. Koordinatörlük içerisinde bir kamu hastanesinden beklenen fiziksel özelliklerin üstünde özellikler mevcuttur. Elit, kaliteli bir mekân, modern giriş/çıkış kapısı, oturma alanları yeterli, iç kısmı hastane gibi görünmesi engelleyecek bir şekilde hoş bir şekilde dekore edilmiş, kullanılan mobilyalar ise yeni, temiz ve rahattır. Ama bu fiziksel imknlara rağmen uluslararası hastalar fiziksel görünüm boyutunda mevcut algılarından daha yüksek beklenti ile geldiklerinden bu boyutta da fark mevcuttur. Bu durumun önüne geçebilmek için, öncelikle koordinatörlüğün alanı daha da büyütülmeli, mümkün mertebe hizmet sunulan odalar genişletilmeli, “Siz bizim için zelsiniz” algısı hastalara yansıtılacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır. Hastaların anket esnasında meknı beğendikleri ancak daha büyük olmasını hayal ettiklerini aktarmışlardır. Bir işletme için hizmet sunum alanının büyüklüğü içine verilen değer olarak müşteriler tarafından algılanmaktadır. Aynı şekilde Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi’nden hizmet almak için gelen uluslararası hastalar da yeni bir ülkeye geldiklerinde etkileneceği modern ve şık görünümlü bir ortamla karşılaşmak istemektedirler. Ayrıca, hastanenin devasa yapısı sebebiyle dağınık halde bulunan birimlerin katlarla uyumlu olacak şekilde yeniden yerleştirilmesi hastaların hastane kompleksi içinde daha az dolaşmalarına katkıda bulunacak ve hizmet kalitesini arttıracaktır. Mevcut durumda birkaç blok değiştirip, birkaç kere asansör kullanmaları gerektirecek şekilde rehberleri eşliğinde servislere gitmektedirler. Yine fiziksel boyutla ilgili olarak, yazılım ve donanım altyapısının geliştirilmesiyle hasta memnuniyeti ciddi oranda arttırılabilir. Sistem kaynaklı beklèmeler ara ara olabilmektedir. Günümüzde en önemli değerin vakit olduğu ve uluslararası hastalar için de özellikle beklèmelerin maddi olarak kişilere zarar verdiği düşünüldüğünde bu teknolojik imkânlarla dahi beklèmelerin yaşanması hastalar nazarında kabul edilemez görülmektedir. Bu, zelde Hacettepe Hastanesi, genelde ise ülke için kötü imaj oluşturmaktadır. Sistemsel beklèmelerin önüne geçilmesi için donanım ve yazılım

yeterliliğinin geniş tabanlı bir sistem analizi ile arızaların kaynağı tespit edilip acilen sorunların önüne geçilmelidir.

Gelir durumuna göre yapılan karşılaştırmalar incelendiğinde ise, 4 kalite boyutunda fark tespit edilirken, diğer 8 kalite boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Fiziksel görünüm boyutunda 2.000-2.999 \$ grubundakilerin algıları en yüksek olurken 1.000- 1.999 \$ gruplarınkilerin en düşük çıkmıştır. Güvenilirlik boyutunda 2.000-2.999 \$ grubundakilerin algıları yine en yüksek çıkmıştır. Yeterlilik boyutunda 2.000 \$ ve üstü grubun algıları 2.000 \$ ve altı gruplara göre yüksek çıkmıştır. Genel olarak algı boyutunu ifade eden AHK de ise yine 3. grubun algıları diğer gruplardan fazla olduğu görülmektedir. Fark olan algı boyutlarını da incelediğimizde, yeterlilik algı boyutunda yüksek gelir gruplarının algılarının da yüksek olduğu görülmektedir. Fiziksel görünüm, güvenilirlik ve AHK boyutlarında ise bariz olarak 2.000-2.999 \$ grubundakilerin algılarının yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Asıl dikkat çeken nokta ise algı boyutlarından farklı olarak insanların beklentilerin gelirlerine göre değişmediği sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Heveslilik boyutuna demografik değişkenlerden muaf olarak bakıldığında, ortalamayı en çok düşüren boyut olduğu görülmektedir. Hizmet sektöründe müşterinin bir numaralı beklentisinin ilgi olduğu düşünüldüğünde, bu boyutta beklentilerin yüksek olması normaldir. Hizmet kalitesi için, çalışan sayısının hastalarla kişisel ilgi payı da düşünülerek optimize edilmesi ve personel motivasyonu arttırılarak çalışanların hastalara daha fazla ilgilenmesi sağlanabilir. Sunulan hizmet ile hizmetin tüketilmesi arasında zaman farkı olmaması yani hizmetin ayrılmazlık özelliği gereği, personelin hizmet konusunda bilgi, deneyim ve güler yüz gibi özellikleri çok önemlidir. Bu nedenle “müşteri odaklı hizmet anlayışı” gereği müşteri memnuniyetine daha fazla önem verilmesi, kaliteli sağlık hizmeti sunma adına daha fazla çaba gösterilmesi, personelin bu doğrultuda bilinçlendirilmesi ve hatta hizmet alanları da kalite geliştirme çalışmalarına ortak etmek adına fikirlerinin alınması gerekmektedir.

Duyarlılık boyutu SERVQUAL skorunu olumsuz etkileyen boyutlardan bir diğeridir. Bu boyutta özellikle 13. anket sorusu dikkat çekmektedir çünkü en büyük fark bu soruda ortaya çıkmıştır. Araştırmaya katılan hastaların personelin işini daha iyi yapması ve bunun için çalışanlara yeterli imkânlar sunulması üzerine olan bu soruda beklentisi

yüksek olmasına rağmen, algıları ise ciddi düşük olarak gerçekleşmiştir. Bu soruda algı 4 puan barajının altında kaldığı için boyut puanını da düşürmüş ve en memnuniyetsiz 3. boyut olmasına sebep olmuştur. Sonuç olarak, uluslararası hastaları memnun etmek için her daim daha iyiyi elde etme düsturu ile hareket etmek ve bunun için de çalışanların amirlerinin desteğini alması elzemdir diyebiliriz. Bu noktada duyarlılık boyutunda hastayı anlama adına belli periyodlarla hasta memnuniyetini ölçmeye yönelik anketler yapılması uygun olacaktır. Personelin bilgi düzeyi artırma çalışmaları üzerinde yoğunlaşılması da doğru olabilir. Profesyonelce verilecek planlı ve sürekli bir eğitim programı orta vadede memnuniyeti arttıracaktır. Ayrıca, mevzuatta yapılan değişikliklerin anında personele bildirilmesi, hizmetin hatasız olarak sunumunu sağlayacaktır. Yeni hak kazanımlarının ve belli bir tarihte bir hakkın sona ermesi durumlarının hastalara zamanında personelce bildirimi, bu bilgiye haiz personele sahip olan kurumların hizmet kalitesine olumlu yansıtacağı aşikârdır. Ayrıca, maaş, makam, makul yoğunluk ve diğer hususlarda tatmin olmuş personel ile personel duyarlılığı da artacaktır.

Milliyetlere göre yapılan karşılaştırmalar incelendiğinde ise, beklentilerde fark olmadığı göze çarpmaktadır. Algı boyutlarında ise fiziksel görünüm, duyarlılık, yeterlilik ve AHK boyutlarında fark ortaya çıkmıştır. Fiziksel görünüm boyutunda İranlıların diğer tüm milletlere nazaran algıları yüksek olurken, yeterlilikte diğer milletlerinin algıları Irak haricindeki diğer gruplardan küçük çıkmıştır. Azeriler ve İranlılar, Kuzey Afrika ve Diğer grubundakilere nazaran daha yüksek duyarlılık algısına sahipken, AHK de ise yine İranlılar en yüksek algıya sahiptir.

Güvenilirlik boyutu incelendiğinde bu boyutun, fiziksel görünümünden sonra en çok memnun olunan boyut olduğu görülmektedir. Ayrıca bu boyut fiziksel görünüm boyutu ile birlikte SERVQUAL skoruna olumlu etki eden diğer gruptur. Bu alanda hizmet kalitesini arttırmak adına, şikâyet mekanizması üzerinde geliştirme çalışmaları yapılabilir. Yine, personelin bilgi düzeyinin artırılması duyarlılık boyutundan sonra ikincil olarak da güvenilirliği arttıracaktır. Çünkü bilgi düzeyi yüksek personelin, hastaya emin olarak hizmet sunacağı düşünülmektedir. Ayrıca, personelin ödül sistemiyle çalışma şevkleri ve aidiyet duyguları arttırılabilir zira mutlu personelin mutlu ve memnun hasta anlamına geleceği değerlendirilmektedir.

KAYNAKÇA

- Acar, M., Demirbaş, D., Gedik, İ. ve İlter, H.K. (2012). Alternatif Turizm Girişimi: Termal Tesis Yatırım Analizi ve Fizibilite Raporu, Rekabet Araştırmalar Merkezi, Ankara.
- Acuner, Ş. A. (2004). *Bir Hizmet Kalitesi Ölçüm Metodu Olarak SERVQUAL Açısından Rusya Pazarı*, Ankara: Karahan Kitabevi.
- Acuner, T. ve Şahin, C. (2002). Toplam Kalite Yönetiminde Başarı: Önce Kurum Kültürü. *Standart Dergisi*, 41, 69-74.
- Akbaba, A. ve Kılıç, İ. (2001). Hizmet Kalitesi ve Turizm İşletmelerinde SERVQUAL Uygulamaları. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 12, 163.
- Akbulut, G., (2010). Türkiye'de Kaplıca Turizmi ve Sorunları, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 9(1): 35-54.
- Akdağ, R. (2012). *Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*, Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Akgün, H. S. ve Erdal, R. (1997). Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme. *Haberal Eğitim Vakfı*, 219-225.
- Alakavuk, E. D. (2007). *Hizmet Kalitesi Değerlendirme Ölçeği – SERVQUAL*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Albacete-Saez, C. A. Fuentes-Fuentes, M. M. ve Montes, L. J. (2007). Service Quality Measurement in Rural Accommodation. *Annals of Tourism Research*, 34, 45-46.
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.
- Aslan, D. (2007). Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model midir? Ankara: Türk Tabipler Birliği Raporu.

- Atan, Murat ve Altan, Şenol A. (2004). Bankacılık Sektöründe Toplam Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Analizi ile Ölçümü. *Gazi Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi*, 1, 22-23.
- Atun, R., Aydın, S., Sarbani, C., Safir, S., Aran, M. ve diğerleri. (2013). Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity, *Health Policy*, 382, 65-89.
- Avcı, T. ve Nadiri, H. (2000). Comparison of Service Quality Expectations and Business Administration. *First International Joint Symposium on Business Administration*, 2.
- Aydın, D., (2011). Türkiye'nin Sağlık Turizmi Potansiyeli, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Antalya.
- Aydın, D., Constantinides, C., Mike, C., Yılmaz, C., Genç, A. ve diğerleri. (2011). *Sağlık Turizminde Süreçler ve Aracı Kuruluşlar Araştırma Raporu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Aydın, K. (2005). Hizmet İşletmelerinde SERVQUAL Yöntemi ile Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Kocaeli'ndeki Seyahat İşletmelerinden Efe Tur Uygulaması. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Yayını*, 592, 1108.
- Aydoğdu, E.S. (2015). Sağlık Turizminde Ankara'nın Marka Bir Kent Olması için İzlenecek Stratejiler Konusunda Yönetici Görüşlerinin Değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Aymankuy, Ş. (2005). Konaklama İşletmelerinde Sendikaların Hizmet Kalitesine Etkileri. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14, 8.
- Babakuş, E. ve Mangold, W. (1992). Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation. *Health Services Research*, 770-771.
- Barca, M., Akdeve, E. ve Gedik, İ. (2012). *Evaluation Report on Medical Tourism in Turkey*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

- Barlas, A. P. D. E., Şantaş, F., ve Kar, A. (2014). Türkiye’de Bölgesel Bebek Ölüm Hızlarının Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Karşılaştırmalı Analizi Comparative Analysis of the Inter-Regional Infant Mortality Rate from the Perspective of Health Economics in Turkey. *Uluslararası Avrasya Ekonomileri Konferansı, 1-10*.
- Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı. (2013). *Sağlık Turizmi Sektör Raporu*. Isparta: Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı Yayınları.
- Bebko, C. P., ve Garg, R. K. (1995). Perceptions of Responsiveness in Service Delivery. *Journal of Hospital Marketing*, 9(2), 35-44.
- Besler, S. (2010). *Sosyal Girişimcilik*, İçinde: Sosyal Girişimcilik, Edit: Senem Besler, İstanbul: Beta Yayınları.
- Bilgili, E., ve Ecevit, E. (2008). Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2):201-228.
- Bircan, H. ve Baycan, S. (2004). Sağlık Sektöründe Verimlilik ve Kalite Sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(28), 173-185.
- Bolton, R. N. ve Drew, J. H. (1991). A Multistage Model of Customers’ Assesments of Service Quality and Value. *Journal of Consumer Research*, 17, 375.
- Boone, L. E. ve Kurtz, D. L. (1989). *Marketing*. Illinois: The Dryden Pres.
- Boran, S. (2008). *Toplam Kalite Yönetimi*, Erişim: 15 Şubat 2018, <http://content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/Uploads/37528/30129/tsky1hafta.pdf>
- Bose, C. (2010). Modern Marketing, Principles and Practice, PHI Learning Publishing: New Delhi.
- Bowers, M.R., Swan, J.E. ve Koehler, W.F. (1994) What Attributes Determine Quality and Satisfaction with Healthcare Delivery? *Healthcare Management Review*, 19(4): 49-55.

- Boz, M. (2004). *Turizmin Gelişmesinde Alternatif Turizm Pazarlamasının Önemi*, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Bozkurt, R. (1995). Hizmet Endüstrilerinde Kalite. *MPM Verimlilik Dergisi*, Toplam Kalite Özel Sayısı, 175.
- Bozkurt, R. (1999). Kalite Maliyetleri. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları.
- Brady, M. K., Cronin, J. J. ve Brand R. R. (2002). Performance Only Measurement of Service Quality: A Replication and Extention. *Journal of Business Research*, 55, 18.
- Bülbül, F. (2015). Sağlık Turizminin Türkiye’deki Gelişimi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Buldukoğlu, S. (2014). Sağlık Turizminin Türkiye ’ deki Yeri ve Önemi, Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Bumin, B. ve Erkutlu, H. (2002). Toplam Kalite Yönetimi ve Kıyaslama (Benchmarking) İlişkileri. *Gazi Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 1, 84.
- Bursa, Eskişehir, Bilecik Kalkınma Ajansı. (2015). *Bursa Sağlık Turizmi Master Eylem Planı*. Bursa: Bursa, Eskişehir, Bilecik Kalkınma Ajansı.
- Can, A. ve İbicioğlu, H. (2008). Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(3): 253-275.
- Carman, J.M. (1990). Consumer Perception of Service Quality: An Assessment of the SERVQUAL Dimensions, *Journal of Retailing*, 66(1): 33-55.
- Çevirgen, M. (2014). *Medikal Turizm Destinasyonu Yönetimi Kamu-Özel Karşılaştırması: Bursa İli Destinasyonu*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.

- Cheng, S. H., Wei, Y. J., ve Chang, H. J. (2006). Quality Competition Among Hospitals: The Effects of Perceived Quality and Perceived Expensiveness on Health Care Consumers. *American Journal of Medical Quality*, 21(1), 68-75.
- Çiçek, R. ve Doğan, İ. C. (2009). Müşteri Memnuniyetinin Artırılmasında Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Bir Araştırma: Niğde İli Örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 204.
- Connell, J. (2013). Contemporary Medical Tourism: Conceptualisation, Culture and Commodification, *Tourism Management* 34: 1-13.
- Cowell, D. (1984). *The Marketing of Services*. London: William Heinemann Ltd.
- Cronin, J. J. ve Taylor, S. A. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing*, 58, 27.
- Damanhour, S. ve Al-Borie, M. (2011). Patients' satisfaction of service quality in Saudi hospitals: a SERVQUAL analysis. *Journal of Health Care Quality Assurance*, 20, 30.
- Daştan, İ., (2014). Türkiye'de Sağlık Turizmi: Türkiye ve Özelinde İzmir'de Sağlık Turizminin Mevcut Durum Analizi ve Strateji Önerileri, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 6(10): 143-163.
- Değermen, H. A. (2006). *Hizmet Ürünlerinde Kalite, Müşteri Tatmini ve Sadakati (Hizmet Kalitesi ve Müşteri Sadakatının Sağlanması ve GSM Sektöründe Bir Uygulama)*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Devebakan, N. ve Aksaraylı, M. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı Ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(1):38-54.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press.

Doyle, P. (1998). *Marketing Management and Strategy*. London: Prentice Hall.

Dünya Sağlık Örgütü. (2009). *Bulletin of the World Health Organization*. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü.

Dünya Turizm Örgütü. (2014). *UNWTO Turizm Highlights*. Madrid: Dünya Turizm Örgütü.

Durmuş, B., Çinko, M. ve Yutkoru, S. (2016). *Sosyal Bilimlerde SPSS'le Veri Analizi*, 6. Baskı, İstanbul: Beta Yayınları.

Edinsel, S. ve Adıgüzel, O. (2014). Türkiye'nin Sağlık Turizmi Açısından Son Beş Yıldaki Dünya Ülkeleri İçindeki Konumu ve Gelişmeleri, Çankırı Karatekin Üniversitesi İİBF Dergisi, 4(2): 167-190.

Engiz, O. (1999). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Odaklı Kalite Gelişim Modeli ve Memnuniyet Ölçüm Anketleri, Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları. *Haberal Eğitim Vakfı Yayınları*.

Erciş, M.S. (2010). Pazarlama İletişiminde Temel Yaklaşımlar. (1. Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Ersen, H. (1997). *Toplam Kalite ve İnsan Kaynakları Yönetimi İlişkisi: Verimli ve Etkin Olmanın Yolu*, İstanbul: Sim Matbaacılık.

Ersöz, F. (2008). Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri Ve Sağlık Harcamalarının Analizi. *İstatistikçiler Dergisi: İstatistik ve Aktüerya*, 1(2): 95-104.

Filiz, Y. (2010). *Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Ankara.

Fusilier, M. R. ve Simpson, P. M. (1995). AIDS Patients' Perceptions of Nursing Care Quality. *Marketing Health Services*, 15(1), 49.

Garvin, D. A. (1984). What Does Product Quality Really Mean. *Sloan Management Review*, 26, 25-26.

- Gaynor M. ve Vogt W. B. (1999). Antitrust and Competition in Health Care Markets, *Rand Journal of Economics*, 1-42.
- Gezergün, A., Şahin, B., Tengilimoğlu, D., Demir, C., ve Bayer, E. (2006). Hastaların Bakış Açısıyla Hekim-Hasta İlişkisi ve İletişimi: Bir Eğitim Hastanesi Örneği, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 1: 129-144.
- Ghobadian, A. Speller, S. ve Jones, M. (1994). Service Quality Concepts and Models, *International Journal of Quality and Reliability Management*, 11-9, 45.
- Goetsch, D. ve Stanley, D. (1998). *Understanding and Implementing ISO 9000 and ISO Standards*. New Jersey: Prentice Hall.
- Guiry, M. ve Vequist, D. (2011). *Traveling Abroad for Medical Care: U.S. Medical Tourists' Expectations and Perceptions of Service Quality*. New Jersey: Health Marketing Quarterly.
- Gümüšoğlu, Ş., Pınar, İ., Akan, P. ve Akbaba, A. (2006). *Hizmet Kalitesi: Kavramlar, Yaklaşımlar ve Uygulamalar*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Günel, M. (2007). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Bilgi İşlem Müdürlüğü (2017). Hasta İstatistikleri.
- Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Uluslararası Hasta Koordinatörlüğü, (2018). Erişim: 03 Mart 2018, http://www.hastane.hacettepe.edu.tr/uluslararasi-hasta-koordinatordugu_13.html
- Harpur, S. (2014). Yeditepe Üniversitesi Hastanesinde Yatan Hastalarda Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği ile Değerlendirilmesi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Headley, D. E. ve Miller, S. J. (1993). Measuring Service Quality and Its Relationship to Future Consumer Behavior. *Journal of Health Care Marketing*, 13(4).

- Hung, W. T. (2017). Theorising Management Accounting Practices and Service Quality: the Case of Malaysian Health Tourism Hospital Destinations, Doctoral dissertation, University of Nottingham, UK.
- İbik, Ö. A. (2006). *Rekabet Ortamında Hizmet Kalitesinin Önemi ve Bir Havayolu İşletmesinde Hizmet Kalitesinin Gerçekleştirilmesine Yönelik Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.
- İçöz, O. (2005). *Hizmet Pazarlaması*, Ankara: Turhan Kitabevi.
- İçöz, O. (2009). Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Olanakları. *Yaşar Üniversitesi Yayınları*, 4,14, S:13.
- Irene N. G., Parry, G. ve Wild, P. (2011). *Complex Engineering Service Systems: Concepts and Research*, New York: Springer.
- Işık, O. (2011). *Algılanan Kalitenin Hastane Marka Değerine Etkisi: Tüketici Değerlendirmesi*, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Işıklı, A. (2011). Sağlıkta Tekelleşme ve İşçileşme, Erişim: 05 Şubat 2018, http://ahmetsaltik.net/arsiv/2012/06/Saglikta_Tekellesme_ve_iscilesms.pdf
- Işın, A. (2012). Yerli ve Yabancı Turistlerin Otel İşletmelerinde Sunulan Hizmet Kalitesi Algılamalarının Müşteri Sadakati Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- JCI, (2017). Accredited Organizations, Erişim: 16 Aralık 2017, <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations>
- Kalaja, R., Myshketa, R., ve Scalera, F. (2016). Service Quality Assessment in Health Care Sector: The Case of Durres Public Hospital. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 235: 557-565.
- Kalkınma Bakanlığı, (2013). Onuncu Kalkınma Planı:201-2018, Ankara.
- Kavrakoğlu, İ. (1996). *Kalite Güvencesi ve ISO 9000*. İstanbul: Kalder Yayınları.

- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya, S. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*. Ankara: Pelikan Yayınevi.
- Kaya, S. (2013). *Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Kaya, S. ve Akbolat, M. (2003). Sakarya Devlet Hastanesinin Kalitesinin İç Müşterilerin Bakış Açısı ile Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 6 (3), 91-114.
- Kaya, S., Yıldırım H.H., Karsavuran, S. ve Özer, Ö. (2013). *Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013*, Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Khan, S. ve Alam, S., 2014. Kingdom of Saudi Arabia: A Potential Destinations for Medical Tourism, *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 9(4): 257-262.
- Kırılmaz, H. (2013). Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (1): 11-21
- Kömürcü, N. (2006). Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Erişim: 28 Şubat 2018, http://212.174.46.149/w/sb/egt/pdf/saglik_hizmetlerinde_kalite.pdf
- Kördeve, M. K. (2016). Sağlık Turizmine Genel Bir Bakış ve Türkiye'nin Sağlık Turizmindeki Yeri, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 2(1): 51-61.
- Kotler, Philip. (1994). *Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation and Control*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Küçükaltan, D. (2007). *Hizmet Kalitesi: Kavramlar, Yaklaşımlar ve Uygulamalar*. Ankara: Detay Yayıncılık.

- Kumar, P. (2010). *Marketing of Hospitality and Tourism Services*, New Delhi: Tata McGraw Hill Education.
- Kurtulmuş, S. (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Lytle, R. S. ve Mokwa, M. P. (1992). Evaluating Health Care Quality: the Moderating Role of Outcomes. *Marketing Health Services*, 12(1), 4.
- Mohammad, G. (2007). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, SERVQUAL Analiz ile Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Odabaşı, Y. (1997). *Satış ve Pazarlamada Müşteri İlişkileri*. İstanbul: Der Yayınları.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, 1–22.
- Örs, H. (2007). *Hizmet Pazarlama Etkinliği ve Kalite*, Ankara: Gazi Kitabevi.
- Ovretveit, J. (2000). Total quality management in European healthcares. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(2), 74-79.
- Öz, M. ve Uyar, E. (2014). Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Algılanan Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti Üzerinde Ağızdan Ağıza Pazarlamanın Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 16 (26), 123-132.
- Özçelik, A. (2008). *Sağlık İşletmelerinde Kalite Güvence Sistemi*, Erişim: 05 Şubat 2017, <http://www.skid.org.tr/index.php?option=comidocman&task=docidetails&gid=11&itemid=85>
- Özdemir, A. (2000). *Marka Yaratmanın 22 Kuralı*. Ankara: Mediacat Yayınları.
- Özer, M. ve Bakır, B. (2003). Sağlık Personelinin Motivasyonu İlgili Etmenlerin Belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi (GTD) Gülhane Medical Journal (GMJ)*, 45(2): 117-122.

- Özer, Ö. ve Songur, C., (2012). Türkiye'nin Dünya Sağlık Turizmindeki Yeri ve Ekonomik Boyutu", Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 4(7):69-81
- Özgen, H. (1995). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme. *Türk Tabipler Birliği Yayını Toplum ve Hekim Dergisi*, 10, 69-70.
- Özgül, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Turizmi Politikaları Üzerine Bir Değerlendirme, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.
- Özsarı, S. H. ve Karatana, Ö. (2013). Sağlık Turizmi Açısından Türkiye'nin Durumu, *Journal Of Kartal Training & Research Hospital*, 24(2): 136-144.
- Öztürk, S. A. (2003). *Hizmet Pazarlaması*. Bursa: Ekin Yayıncılık.
- Pala, K. (2007). Türkiye için Nasıl Bir Sağlık Reformu, Bursa: Nilüfer Belediyesi Yayınları.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. ve Berry, L. L. (1996). The Behavioral Consequences of Service Quality. *Journal of Marketing*, 60, 32.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. ve Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49, 42.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. ve Berry, L. L. (1988). Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality. *Journal of Marketing*, 52, 40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. ve Berry, L. L. (1990). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. New York: Free Pres.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. ve Berry, L. L. (1998). Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64, 15.

- Peprah, A. A. ve Atarah, B. A. (2014). Assessing Patient's Satisfaction Using SERVQUAL Model: A Case of Sunyani Regional Hospital, Ghana. *International Journal of Business and Social Research*, 4(2), 133-143.
- Phillips, L. W., Dae, R. C. ve Robert, D. B. (1983). Product Quality, Cost Position and Business Performance: A Test of Some Key Hypotheses. *Journal of Marketing*, 70, 28.
- Rodrigues, L.L.R., Hussain, A., Aktharsha, U.S. ve Nair, G. (2013). Service Quality Measurement, Anchor Academic Publishing: Hamburg.
- Rust, R.T. (2004). Service Quality; New Directions in Theory and Practice, California: Sage Publishing.
- Sağlık Bakanlığı, (2009). *Sağlıkta Kalite*, Erişim: 20 Mart 2017, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar_yeni/1_kongre_cilt2.pdf#page=347
- Sağlık Bakanlığı, (2010). 2010 Faaliyet Raporu ve 2011 Çalışma Planı, Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı, (2012). *Stratejik Plan: 2013-2017*, Erişim: 24 Şubat 2017, <https://sgb.saglik.gov.tr/content/files/stratejikplan20132017/index.html>
- Sağlık Bakanlığı, (2017). Erişim: 02 Şubat 2018, <https://www.saglik.gov.tr/TR,13295/saglikta-donusumu-sehir-hastaneleri-ile-taclangiracagiz.html>
- Sağlık Bakanlığı. (2013). *Sağlık Serbest Bölgesi Çalışması*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Turizm Kurulu (SATURK) (Sağlık Turizmi Kurulu), (2015). Sağlık Turizmi Nedir? Erişim: 11 Şubat 2018, <http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/tyst/02.pdf>
- Şahin, A. Ve Şen, S. (2017). Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Journal of International Social Research*, 10(52), 1176- 1184.

- Sakarya Üniversitesi Bilgi Sistemi (SABİS) (2017). *Kalitenin Anlamı ve Tanımlamaları*, Erişim: 23 Ocak 2018, [http://content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/Uploads/65350/43094/kal_1\(genel_kavram_ve_tan%C4%B1mlamalar\).pdf](http://content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/Uploads/65350/43094/kal_1(genel_kavram_ve_tan%C4%B1mlamalar).pdf)
- Sandıkçı, M. ve Üzgen, Ü., 2013. “Afyonkarahisar İlinin Termal Turizm Açısından SWOT Analizi ile Değerlendirilmesi, Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 6(3): 51-79
- Sasser, W. E. (1976). Match Supply and Demand in Service Industries. *Harvard Business Review*, 54, 138.
- Sayili, M., Akca, H., Duman, T. ve Esengün, K., (2007). Psoriasis Treatment Via Doctor Fishes As Part of Health Tourism: A Case Study of Kangal Fish Spring, Turkey: Elsevier.
- Sayım, F. ve Aydın, V. (2011). Hizmet Sektörü Özellikleri ve Sistematik Olmayan Risklerin Sektör Menkul Kıymetleri İle Etkileşimine Dair Teorik Bir Çalışma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 29, 245-262.
- Şekerkaya, A. K. (1997). *Bankacılık Hizmetlerinde Algılanan Toplam Kalite Ölçümü*. Ankara: Sermaye Piyasası Kurulu Yayınevi.
- Seth, N., Deshmukh, S. G. ve Vrat, P. (2006). SSQSC: A Tool to Measure Supplier Service Quality in Supply Chain. *Journal of Production Planning & Control*, 17, 448.
- Sevimli, S. (2006). *Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Seyran, D. (2004). *Hizmet Kalitesi: Modeller ve Hizmet Kalitesine Yeni Bir Bakış Açısı* İstanbul: Kalder Yayınları.
- Şimşek, F. (2016). Sağlık Turizmi Kapsamında Yaşlı Turizmi ve Mobil Sağlık Hizmetlerinin Uygulanabilirliği ve Önemi Üzerine Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Şimşek, M. (1998). Kalite Yönetimi. *Marmara Üniversitesi Yayınları*, 584, 15.
- Soylu, K. Suer, A. Suer, Ö. (1999). *Toplam Kalite Yönetimi Sözlüğü*. İstanbul: Beyaz Yayınevi.
- Standart Kalite ve Akreditasyon, (2017). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hizmet Kalite Standartları*, Erişim: 24 Ocak 2017, http://www.standartkalite.com/saglikta_kalite_akreditasyonu.htm
- Stanton, W. J., Bruce, J. W. ve Michael, J. E. (1997). *Marketing*. New York: McGraw-Hill.
- Surprenant, C. ve Solomon, M. (1987). Predictability and Personalization in the Service Encounter. *Journal of Marketing*, 21, 87.
- Tan, U. Z. ve Gül, Y. (2012). Sağlık Turizminde Entelektüel Sermaye, 2. *Disiplinler arası Turizm Araştırmaları Kongresi: 2005 – Antalya: Bildiriler* (s. 523-542).
- Tanrıverdi, H. ve Erdem, Ş. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ile Tatmin Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve Bir Uygulama. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1.
- Taşçı, D. ve Çabuk, S. N. (2013). Kalite Kavramı, İçinde: Taşçı, D. ve Çabuk, S.N. (Editörler), *Kalite Yönetim Sistemleri*, Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2810.
- Taşkın, E. ve Şener, H.Y., (2013). Sağlık Turizm Markası: Kütahya, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 36: 253-260.
- TDK (Türk Dil Kurumu), (2018). Erişim: 13 Şubat 2018, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a832bb50a2550.36545836
- Teas, R. K. (1993). Expectations, Performance Evaluation, and Consumers' Perceptions of Quality. *Journal of Marketing*, 57, 27.

- Tekingündüz, S. (2010). *II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*, Ankara: Baydan Ofset.
- Tengilimoğlu, D. (2013). Sağlık Kurumlarında Müşteri Memnuniyeti. Kaya S. (Ed.) *Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi İçinde*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Tengilimoğlu, D. ve Öztürk, Y. (2004). *İşletmelerde Halkla İlişkiler*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Topuz, N. (2012). Türkiye Sağlık (Medikal) Turizmi Stratejisi 2023, Uzmanlık Tezi, Kültür ve Turizm Bakanlığı Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Tüfekçi, Ö. ve Tüfekçi, N. (2006). Bankacılık Sektöründe Farklı Olma Üstünlüğünün ve Müşteri Sadakatinin Yarattığı Değer: Isparta İlinde Bir Uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4, 171.
- Turan, B. (2015). Kalite Kavramı, Erişim: 17 Şubat 2018, http://web.bilecik.edu.tr/bulent-turan/files/2015/03/kalite_kavrami.pdf
- Türker, R. (2003). Yüksek Öğretimde Kalite, *Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi*, 4, 11.
- Türkiye İstatistik Kurumu, (2017). *Yaşam Memnuniyet Anketi*. Erişim: 24 Şubat 2018, www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1598
- Uğurluoğlu, E. ve Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11 (2), 133-160.
- UN, (2018). Erişim: 28 Ocak 2018, <https://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcst.asp?Cl=16>
- Ünal, A. ve Demirel, G., (2011). Sağlık Turizmi İşletmelerinden Yararlanan Müşterilerin Beklentilerinin Belirlenmesine Yönelik Bolu İlinde Bir Araştırma, *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 106-115.
- Uyguç, N. (1998). Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi: Stratejik Bir Yaklaşım. *Dokuz Eylül Yayınları*, 28.

- Uygur, S. M. (2007). *Turizm Pazarlaması*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Varol, B., (2012). Nevşehir Termal Turizm Raporu, Ahiler Kalkınma Ajansı, Nevşehir.
- Walker, L. J. H. (2002). Examination of the Factorial Structure of Service Quality: A Multi Firm Analysis, *The Service Industries Journal*, 22, 59.
- Waterschoot, V. W. ve Bulte, C.V. (1992). The 4P-Classification of the Marketing Mix Revisited, *Journal of Marketing*, 56(4), 83- 93.
- Yalkın, S. (2010). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Kalitenin SERVQUAL Yöntemi ile Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Yaylalı, M., Kaynak, S. ve Karaca, Z. (2012). Sağlık Hizmetleri Talebi: Erzurum İlinde Bir Araştırma. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 12 (4), 563-573.
- Yenişehirlioğlu, E., ve Türkay, O. (2013). Engelli Turistlerin Konaklama İşletmelerinde Kabul Görme Düzeyine Yönelik Algılama ve Sorunlar: Karşılaştırmalı Nitel Bir Araştırma. *Akademik Turizm ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 46-56.
- Yeşilada, F. ve Direktör, E. (2010). Health Care Service Quality: A Comparison of Public and Private Hospitals. *African Journal of Business Management*, 4, 965.
- Yıldız, G. (1994). İşletmelerde Toplam Kalite Yönetimi Toplam Kaliteye Geçişte Stratejik Bir Yaklaşım. *Sakarya Üniversitesi Yayınları*, 10, 12.
- Yılmaz, İ. (2007). *Otel İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Müşteriler ve Yöneticiler Açısından Ölçülmesi: İzmir Örneği*, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Yüksel, Ü. (2002). Türk Turizminin Temel Sorunu Hizmet Kalitesi. *Pazarlama Dünyası Dergisi*, 2002-2003, 41.
- Yun Yu, J. ve Gyou Ko, T. (2012). A Cross-Cultural Study of Perceptions of Medical Tourism Among Chinese, Japanese and Korean Tourists in Korea, *Tourism Management*, 33: 80-88.

Zeithaml, V. A. ve Bitner, M. J. (2003). *Service Marketing, Integrating Customer Focus Across the Firm*. New York: McGraw Hill.

Zerenler, M. ve Öğüt, A. (2007). Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği. *Selçuk Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 14(2): 501-521.

Zincirkıran, M. (2016). *Örgütsel Sağlık, Hizmet Kalitesi ve Sağlıkta Hizmet Kalitesi Üzerine Etkileri*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul, 22-25.



EKLER

EK-1- ANKET FORMU (İNGİLİZCE)

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ERİŞKİN HASTANESİ INTERNATIONAL PATIENT SATISFACTION SURVEY

Dear Participant,

This research, titled "Measurement of Quality of Service in the Health Sector: Satisfaction Survey of International Patients Serving in Hacettepe University Adult Hospital", is carried out by Hacettepe University Health Institutions Administration. The study was planned to measure the quality of service for international patients which is provided by Hacettepe University Adult Hospital.

Participation in the research is based on volunteerism. Information obtained through this form will remain confidential and will be used solely for research purposes (or "for scientific purposes"). You can choose not to participate in the study or you can terminate it if you do not want to fill out the survey. Please do not write your name and surname on the questionnaire.

Our survey consists of 4 sections. 30 questions, 5 min. In this work please indicate your answers by circling the appropriate option among the options right side of the questions. If you have more than one option, you can select all options that suit you. If the answer to the question has the "other" option and your answer is not among the available choices, then write your answer in the blank in the other option. When you answer the questions, share your assessments according to the scale below.

Definitely Not Agreed	Undecided	Definitely Agreed
1 -----	2 -----	3 -----
4 -----	5 -----	

Thank you for responding to the survey.

If you have any problems with the survey, you can contact:

Researcher Murat TUTAR

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı

Phone: (536) 489 98 93

Mail: end.muh@mynet.com

Responsible Investigator

Prof. Dr. İsmet Şahin

SURVEY QUESTIONS**EVALUATIONS**

1.	A perfect hospital has modern equipments and devices.	1	2	3	4	5
2.	The physical facilities of excellent hospitals are visually stunning.	1	2	3	4	5
3.	Employees in a perfect hospital look clean and well.	1	2	3	4	5
4.	A perfect hospital fulfills its services on time.	1	2	3	4	5
5.	Employees in an excellent hospital are receptive and reassuring to solve the problem when a patient has a problem.	1	2	3	4	5
6.	In an excellent hospital, patients are invoiced correctly.	1	2	3	4	5
7.	Employees in an excellent hospital tell exactly time of the service.	1	2	3	4	5
8.	Employees in a perfect hospital give services as soon as possible.	1	2	3	4	5
9.	Employees in an excellent hospital will always be willing to help the patients.	1	2	3	4	5
10.	In an excellent hospital, patients feel safe in their relationships with employees.	1	2	3	4	5
11.	Employees in a perfect hospital will be knowledgeable.	1	2	3	4	5
12.	Employees in a perfect hospital will be nice.	1	2	3	4	5
13.	Employees in an excellent hospital receive adequate support from their employer to do their jobs better.	1	2	3	4	5
14.	Employees in an excellent hospital show personal attention to the patients.	1	2	3	4	5
15.	A perfect hospital can do its best for patients.	1	2	3	4	5

SURVEY QUESTIONS**EVALUATIONS**

1.	Hacettepe University Adult Hospital has modern equipments and devices.	1	2	3	4	5
2.	The physical facilities of the Hacettepe University Adult Hospital are visually stunning.	1	2	3	4	5
3.	Employees at Hacettepe University Adult Hospital are clean and well.	1	2	3	4	5
4.	Hacettepe University Adult Hospital carries out its services on time.	1	2	3	4	5
5.	Hacettepe University Adult Hospital employees are receptive and reassuring to solve the problem when a patient has a problem.	1	2	3	4	5
6.	In Hacettepe University Adult Hospital, the billing process is done correctly.	1	2	3	4	5
7.	Employees at Hacettepe University Adult Hospital tell exactly time of the service.	1	2	3	4	5
8.	Employees at Hacettepe University Adult Hospital give services as soon as possible.	1	2	3	4	5
9.	Employees at the Hacettepe University Adult Hospital are always willing to help the patients.	1	2	3	4	5
10.	In Hacettepe University Adult Hospital patients feel themselves safe in their relationship with employees.	1	2	3	4	5
11.	Employees at Hacettepe University Adult Hospital are well informed.	1	2	3	4	5
12.	Employees at the Hacettepe University Adult Hospital are polite.	1	2	3	4	5
13.	Employees at Hacettepe University Adult Hospital receive adequate support from their employers to do their jobs better.	1	2	3	4	5
14.	Employees at the Hacettepe University Adult Hospital show personal interest to the patients.	1	2	3	4	5
15.	Hacettepe University Adult Hospital is doing its best for patients.	1	2	3	4	5

PERSONAL INFORMATION

Gender: ☐ Female ☐ Male

Age:

Job:

Education: ☐ Primary ☐ High School ☐ Associate ☐ Undergraduate
☐ Bachelor

Marital Status: ☐ Single ☐ Married ☐ Divorced

Income Status: ☐ 1000 \$ and less ☐ 1000-1999 ☐ 2000-2999 ☐ 3000 and up

Frequency of Coming ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Hacettepe Hospital: First Time Rarely Once a month Once a week Everyday

Service Received: ☐ Guidance / Consultation ☐ Inspection ☐
☐ Enthusiasm ☐ Other Operation

Nationality: ☐ North Africa ☐ Iraq ☐ Azerbaijan ☐ Iran ☐
Other

Finally,

What is your **GENERAL SATISFACTION** level from Hacettepe University Adult Hospital?

☐ Very Bad ☐ Bad ☐ Middle ☐ Good ☐ Excellent

**WE THANK YOU
FOR YOUR PARTICIPATION**

EK-2- ANKET FORMU (AZERİCE)

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
YETKİN XƏSTƏXANASI BEYNƏLXALQ XƏSTƏ
MƏMNUNİYYƏT ANKETİ

Hörmətli İştirakçı,

“Sağlamlıq Sektorunda Xidmət Keyfiyyəti Ölçülməsi: Hacettepe Universiteti Erişkin Xəstəxanasında Xidmət Alan Beynəlxalq Memnuniyyət Anketi” başlıqlı bu araşdırma, Hacettepe Universiteti Sağlamlıq Qurumları Rəhbərliyi Fundamental elm sahəsi tərəfindən aparılmaqdadır. Araşdırma Hacettepe Universiteti Erişkin Xəstəxanasından xidmət alan beynəlxalq xəstələrə verilən xidmətin keyfiyyətinin ölçülməsi məqsədi ilə planlaşdırılmışdır.

Araşdırmaya qatılmağınız könüllülük əsasına söykənir. Bu forma vasitəsi ilə əldə ediləcək məlumatlar gizli qalacaqdır və sadəcə araşdırma məqsədi ilə (və ya “elmi məqsədlər üçün”) istifadə olunacaqdır. Çalışmaya qatılmamağı seçim edə bilərsiniz və ya anketi doldurarkən istəməsəniz son verə bilərsiniz. Anket formasına adınızı və soyadınızı yazmayın.

Anketimiz 4 bölümdən ibarətdir. 30 suallıq, 5 dəq. zamanınızı alacak bu çalışmada cavablarınızı, sualların altında yer alan variantlar arasından uyğun olanı daire içinə alaraq ya da açıq uclu suallarda sualın altında buraxılan boşluğa yazaraq bildirin. Birdən artıq variant işarə işarələcəyiniz suallarda, size uyğun gələn bütün variantları işarələyin. Əgər sualın cavabları arasında “digər” variant mövcuddursa və cavabınız var olan variant arasında yer almırsa, bu halda cavabınızı digər variantlardakı boşluğa yazın. Sualları cavablandırarkən aşağıdakı şkalaya görə dəyərləndirmələrinizi paylaşın.

Qətiyyəən razı deyiləm	Qərarlısam	Tam razıyam
1 ----- 2 -----	3 ----- 4 -----	5

Anketi cavablandırıdığınız üçün təşəkkür edirik.

Çalışma ilə bağlı hər hansı bir sualınız olduğu halda əlaqə saxlaya bilərsiniz:

Araşdırmaçı Murat TUTAR
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı

Telefon (536) 489 98 93
Mail: end.muh@mynet.com

Məsul Araşdırmaçı
Prof. Dr. İsmet Şahin

ANKET SORĞULARI

DƏYƏRLƏNDİRMƏ

1.	Mükəmməl bir xəstəxana modern avadanlıq - vəsait və təchizata sahibdir.	1	2	3	4	5
2.	Mükəmməl bir xəstəxananın fiziki imkanları görünüş baxımından cəlb edicidir.	1	2	3	4	5
3.	Mükəmməl bir xəstəxanada çalışanlar təmiz və düzgün görünüşlüdür.	1	2	3	4	5
4.	Mükəmməl bir xəstəxana xidmətlərini söz verdiyi zamanda yerinə yetirir.	1	2	3	4	5
5.	Mükəmməl bir xəstəxanada çalışanlar xəstələrin bir problemi olduğunda problemi həll etmək üçün anlayışlı və güvən verici davranırlar.	1	2	3	4	5
6.	Mükəmməl bir xəstəxanada xəstələrin ödəniş əməliyyatları doğru aparılır.	1	2	3	4	5
7.	Mükəmməl bir xəstəxanada çalışanlar xəstələrə xidmətin tam olaraq nə zaman yerinə yetiriləcəyini söyləyərlər.	1	2	3	4	5
8.	Mükəmməl bir xəstəxanada çalışanlar xidmətləri mümkün olan ən qısa zamanda verirlər.	1	2	3	4	5
9.	Mükəmməl bir xəstəxanada çalışanlar hər zaman xəstələrə yardım etməyə istəkli olurlar.	1	2	3	4	5
10.	Mükəmməl bir xəstəxanada xəstələr çalışanlar ilə olan münasibətlərində özlərini güvəndə hiss edirlər.	1	2	3	4	5
11.	Mükəmməl bir xəstəxanada çalışanlar məlumatlı olurlar.	1	2	3	4	5
12.	Mükəmməl bir xəstəxanada çalışanlar kübar olurlar.	1	2	3	4	5
13.	Mükəmməl bir xəstəxanada çalışanlar işlərini daha yaxşı yerinə yetirmək üçün işverənlərindən yetərli dəstəyi alırlar.	1	2	3	4	5
14.	Mükəmməl bir xəstəxanada çalışanlar xəstələrə fərdi münasibət göstərilir.	1	2	3	4	5
15.	Mükəmməl bir xəstəxana xəstələr üçün əlindən gələnin ən yaxşısını edir .	1	2	3	4	5

ANKET SORĞULARI

DƏYƏRLƏNDİRMƏ

1.	Hacettepe Universiteti Erişkin Xəstəxanası modern avadanlıq - vəsait və təchizata sahibdir.	1	2	3	4	5
2.	Hacettepe Universiteti Erişkin Xəstəxanasının fiziki imkanları görünüş baxımından cəlb edicidir.	1	2	3	4	5
3.	Hacettepe Universiteti Erişkin Xəstəxanasında çalışanlar təmiz və düzgün görünüşlüdür.	1	2	3	4	5
4.	Hacettepe Universiteti Erişkin Xəstəxanası xidmətlərini söz verdiyi zamanda yerinə yetirir.	1	2	3	4	5
5.	Hacettepe Universiteti Erişkin Xəstəxanasında çalışanlar xəstələrin bir problemi olduğunda problemi həll etmək üçün anlayışlı və güvən verici davranırlar.	1	2	3	4	5
6.	Hacettepe Universiteti Erişkin Xəstəxanasında xəstələrin ödəniş əməliyyatları doğru aparılır.	1	2	3	4	5
7.	Hacettepe Universiteti Erişkin Xəstəxanasında çalışanlar xəstələrə xidmətin tam olaraq nə zaman yerinə yetiriləcəyini söyləyərlər.	1	2	3	4	5
8.	Hacettepe Universiteti Erişkin Xəstəxanasında çalışanlar xidmətləri mümkün olan ən qısa zamanda verirlər.	1	2	3	4	5
9.	Universiteti Erişkin Xəstəxanasında çalışanlar hər zaman xəstələrə yardım etməyə istəqli olurlar.	1	2	3	4	5
10.	Hacettepe Universiteti Erişkin Xəstəxanasında xəstələr çalışanlar ilə olan münasibətlərində özlərini güvəndə hiss edirlər.	1	2	3	4	5
11.	Hacettepe Universiteti Erişkin Xəstəxanasında çalışanlar məlumatlı olurlar.	1	2	3	4	5
12.	Hacettepe Universiteti Erişkin Xəstəxanasında çalışanlar kübar olurlar.	1	2	3	4	5
13.	Hacettepe Universiteti Erişkin Xəstəxanasında çalışanlar işlərini daha yaxşı yerinə yetirmək üçün işverənlərindən yetərli dəstəyi alırlar.	1	2	3	4	5
14.	Hacettepe Universiteti Erişkin Xəstəxanasında çalışanlar xəstələrə fərdi münasibət göstərirlər.	1	2	3	4	5
15.	Hacettepe Universiteti Erişkin Xəstəxanası xəstələr üçün əlindən gələnin ən yaxşısını edir.	1	2	3	4	5

ŞƏXSİ MƏLUMATLAR

Cinsiyyətiniz:

☐ Qadın

☐ Kişi

Yaşınız:

.....

Peşəniz:

.....

Təhsiliniz:

☐ İbtidai

☐ Orta təhsil

☐ Natamam ali ☐ Ali

☐ Magistr

Ailə vəziyyətiniz:

☐ Subay

☐ Evli

☐ Dul/Boşanmış

Əmək haqqınız:

☐ 1000 TL və altı

☐ 1000-1999

☐ 2000-2999

☐ 3000 və üstü

Hacettepe Universiteti

☐

☐

☐

☐

☐

Xəstəxanasına Gəlmə

İlk dəfə

Nadir hallarda

Ayda Bir

Həftədə Bir

Hərgün

Tezliyiniz:

Aldığınız Xidmət:

☐ Rəhbərlik/Məsləhət

☐ Müayinə

☐

☐ e Əməliyyat

☐ Göndəriş

Digər

Milliyət:

☐ Şimali Afrika

☐ Irak

☐ Azərbaycan ☐ İran

☐

Digər

Son olaraq,

Hacettepe Universiteti Erişkin Xəstəxanasından ÜMUMİ MƏMNUNİYYƏTİNİZ nədir?

☐

Çox pis

☐

Pis

☐

Orta

☐

Yaxşı

☐

Mükəmməl

ANKET BİTMİŞDİR.

TƏŞƏKKÜR EDİRİK

EK -3-ANKET FORMU (ARAPÇA)

جامعة حجة تبه

مستشفى البالغين – مريض عالمي

استطلاع الرضاء

عزيزي المشارك،

يتم إدارة هذا البحث الذي يحمل عنوان " قياس جودة الخدمة في قسم الصحة: استطلاع رضاء المرضى العالمين (الأجنب) من خدمة مستشفى جامعة حجة تبه للبالغين" من قبل إدارة مؤسسات الصحة في جامعة حجة تبه AD . تم التخطيط لهذا البحث من أجل قياس جودة الخدمة الممنوحة للمرضى الأجانب من خدمة مستشفى جامعة حجة تبه للبالغين

مشاركتم في هذا الاستطلاع هي مشاركة طوعية. ستستخدم هذه المعلومات التي سنحصل عليها عن طريق هذا النموذج لهدف هذا البحث أو لأهداف علمياً مع بقائها سرية ومن دون مشاركتها مع أطراف أخرى. بإمكانكم المشاركة في هذا العمل أو عدم المشاركة عن طريق توضيح ذلك بعد إنهاء تعبئة هذا النموذج. لا تكتبوا الاسم والنسبة في نموذج الاستطلاع.

استطلاعنا مؤلف من أربعة أقسام. ومكونة من 30 سؤال سيأخذ الإجابة عليها 5 دقائق من وقتكم. بإمكانكم الإجابة على الأسئلة من خلال الإشارة على الأجوبة المتواجدة أسفل الأسئلة بالنسبة للأسئلة الاختيارية أو الإجابة بشكل مفصل بالنسبة للأسئلة الكلاسيكية. قوموا بالإشارة على أكثر من جواب في حال كان الجواب يقتضي ذلك. في حال تواجد كتابة "اختيار آخر" بين الأجوبة فيمكنكم إختيار جواب آخر وكتابته في الفراغ المحدد لذلك الجواب. شارك تقييمك من خلال الإجابة على الأسئلة وفقاً للجدول التالي:

لا أوافق بشدة

متردد

أوافق بشدة

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5

نشكركم على الإجابة على الإستطلاع.

بإمكانكم التواصل معنا في حال حدوث أي مشاكل خلال الإستطلاع.

الباحث مراد توتار

قسم إدارة المؤسسات الصحية في جامعة حجة تبه

الهاتف: 0536 489 98 93

البريد الإلكتروني: end.muh@mynet.com

الباحث المسؤول

البروفيسورة الدكتورة صديقة كايا

أسئلة الإستطلاع

التقييم

1	من صفات المستشفى المتميز أن يكون لديها كافة الأجهزة والمعدات الحديثة.	1	2	3	4	5
2	من صفات المشافي المتميزة أن تكون المرافق المادية لها جاذبة من الناحية البصرية.	1	2	3	4	5
3	من صفات المستشفى المتميز أن يكون العاملين فيها نظيفين وأنيقين.	1	2	3	4	5
4	من صفات المستشفى المتميز أن تقوم بالوفاء بوعدها للخدمة في الزمن المحدد من دون تأخير.	1	2	3	4	5
5	من صفات المستشفى المتميز أن يكون العاملين فيها يقومون بالعمل على حل مشاكل المرضى بشكل متفاهم وبشكل يطمئن قلب المريض.	1	2	3	4	5
6	من صفات المستشفى المتميز أن تقوم بكتابة فواتير المرضى بشكل سليم.	1	2	3	4	5
7	من صفات المستشفى المتميز أن يقوم العاملين فيها بإخبار المريض بوقت الخدمة من الناحية الزمنية.	1	2	3	4	5
8	من صفات المستشفى المتميز أن يقوم العاملين فيها بخدمة المرضى في أقصر زمن ممكن.	1	2	3	4	5
9	من صفات المستشفى المتميز أن يقوم العاملين فيها بخدمة المرضى بشكل طوعي وإبرادتهم الشخصية.	1	2	3	4	5
10	من صفات المستشفى المتميز أن يحس المريض فيه براحة نفسية من خلال التعامل مع العاملين فيها.	1	2	3	4	5
11	من صفات المستشفى المتميز أن يكون العاملين فيها هم ذوي علم.	1	2	3	4	5
12	من صفات المستشفى المتميز أن يكون العاملين فيها أناس محترمين ومهذبين.	1	2	3	4	5
13	من صفات المستشفى المتميز أن يقوم العاملين فيها بطلب المساعدة الضرورية من أجل القيام بخدمة المرضى على أكمل وجه.	1	2	3	4	5
14	من صفات المستشفى المتميز أن يقوم العاملين فيها بإظهار إهتمام شخصي للمرضى.	1	2	3	4	5
15	من صفات المستشفى المتميز أن يقوم العاملين فيها ببذل قصارى جهدهم من أجل خدمة المرضى على أكمل وجه.	1	2	3	4	5

أسئلة الإستطلاع

التقييم

1	5	4	3	2	1	مستشفى جامعة حجة تبه للبالغين لديها كافة الأجهزة والمعدات الحديثة.
2	5	4	3	2	1	المشافي جامعة حجة تبه للبالغين تكون المرافق المادية لها جذابة من الناحية البصرية.
3	5	4	3	2	1	العاملين في مستشفى جامعة حجة تبه للبالغين نظيفين وأنيقين.
4	5	4	3	2	1	مستشفى جامعة حجة تبه للبالغين تقوم بالوفاء بوعدها للخدمة في الزمن المحدد من دون تأخير.
5	5	4	3	2	1	العاملين في مستشفى جامعة حجة تبه للبالغين يقومون بالعمل على حل مشاكل المرضى بشكل متفاهم وبشكل يطمئن قلب المريض.
6	5	4	3	2	1	مستشفى جامعة حجة تبه للبالغين تقوم بكتابة فواتير المرضى بشكل سليم.
7	5	4	3	2	1	يقوم العاملین في مستشفى جامعة حجة تبه للبالغين بإخبار المريض بوقت الخدمة من الناحية الزمنية.
8	5	4	3	2	1	يقوم العاملین في مستشفى جامعة حجة تبه للبالغين بخدمة المرضى في أقصر زمن ممكن.
9	5	4	3	2	1	يقوم العاملین في مستشفى جامعة حجة تبه للبالغين بخدمة المرضى بشكل طوعي وبارادتهم الشخصية.
10	5	4	3	2	1	يحس المريض في مستشفى جامعة حجة تبه للبالغين براحة نفسية من خلال التعامل مع العاملين فيها.
11	5	4	3	2	1	العاملین في مستشفى جامعة حجة تبه للبالغين ذوي علم.
12	5	4	3	2	1	العاملین في مستشفى جامعة حجة تبه للبالغين أناس محترمين ومهذبين.
13	5	4	3	2	1	يقوم العاملین في مستشفى جامعة حجة تبه للبالغين بطلب المساعدة الضرورية من أجل القيام بخدمة المرضى على أكمل وجه.
14	5	4	3	2	1	يقوم العاملین في مستشفى جامعة حجة تبه للبالغين بإظهار إهتمام شخصي للمرضى.
15	5	4	3	2	1	يقوم العاملین في مستشفى جامعة حجة تبه للبالغين ببذل قصارى جهدهم من أجل خدمة المرضى على أكمل وجه.

المعلومات الشخصية

الجنس ☐ ذكر ☐ أنثى

العمر:

المهنة:

التعليم: ☐ المرحلة الابتدائية ☐ الثانوية ☐ البكالوريوس ☐ الماجستير ☐ الدكتوراة

الحالة الزوجية: ☐ عازب ☐ متزوج ☐ أرمل-ة/مطلق-ة

الدخل الشهري: ☐ أقل من 1000 دولار ☐ 1000-1999 ☐ 2000-2999 ☐ فوق الـ 3000

المجيء إلى مستشفى ☐ أول مرة ☐ نادراً ☐ مرة في كل شهر ☐ مرة في كل أسبوع

☐ كل يوم

جامعة حجة تبه:

الصحة:

الخدمة التي تحصلون عليها: ☐ استشارية/توجيهية ☐ معاينة ☐ عملية

☐ تحويل ☐ أخرى

الجنسية: ☐ إفريقيا الشمالية ☐ العراق ☐ خربيجان ☐ إيران ☐ أخرى

وأخيراً،

ما هو رضائكم العام من مستشفى جامعة حجة تبه للبالغين؟

☐ سيء جداً ☐ سيء ☐ وسط ☐ جيد ☐ ممتاز

إنتهى الإستطلاع
نتشكر جهودكم

EK -4-DİĞER ÜLKELER

Afganistan	İngiltere
Almanya	İspanya
Amerika Birleşik Devletleri	İsrail
Arnavutluk	İsviçre
Avustralya	İtalya
Avusturya	Jameika
Belarus	Kamerun
Belçika	Kanada
Benin	Katar
Birleşik Arap Emirlikleri	Kazakistan
Bosna Hersek	Kırgızistan
Brezilya	Kosova
Bulgaristan	Kuveyt
Bulgaristan	Litvanya
Cibuti	Makedonya
Çad	Macaristan
Çin	Malezya
Danimarka	Meksika
Demokratik Kongo Cumhuriyeti	Moğolistan
Endonezya	Moldova
Ermenistan	Nijer
Etiyopya	Nijerya
Filistin	Norveç
Finlandiya	Özbekistan
Fransa	Pakistan
Gambiya	Filipinler
Güney Kore	Polonya
Hırvatistan	Romanya
Hollanda	Rusya
İsveç	Somali

Sudan	Venezüella
Suudi Arabistan	Yemen
Türkmenistan	Yunanistan
Ukrayna	Zambia
Ürdün	



EK -4-ETİK KURUL İZİN FORMU



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
 Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557- 1221

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 20 ARALIK 2016 SALI
Toplantı No : 2016/25
Proje No : GO 16/671 (Değerlendirme Tarihi: 08.11.2016)
Karar No : GO 16/671- 08

Üniversitemiz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Sıdıka KAYA'nın sorumlu araştırmacı olduğu ve Mura: TUTAR'ın yüksek lisans tezi olan, GO 16/671 kayıt numaralı ve "*Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde Hizmet Alan Uluslararası Hastaların Memnuniyet Anketi*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|--|---|
| 1. Prof. Dr. Sevdâ F. MÜFTÜOĞLU (Başkan) | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nürten AKARSU (Üye) | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA (Üye) | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye) | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye) | 14 Yrd. Doç. Dr. Can Ebru KURU (Üye) |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüseyin TURNAGÖL (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye) | 17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGELEN (Üye) |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye) | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |

EK -5-ORİJİNALLİK RAPORU



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORİJİNALLİK RAPORU

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tarih: 24/04/2018

Tez Başlığı: Bir Üniversite Hastanesinden Hizmet Alan Uluslararası Hastaların Hizmet Kalitesini Değerlendirmeleri

Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 111 sayfalık kısmına ilişkin, 24/04/2018 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 18 'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- ☒ Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç
- 2- ☒ Kaynakça hariç
- 3- ☒ Alıntılar dâhil
- 4- ☒ 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tezimi

Gereğini saygılarımla arz ederim.

YERİ

24.04.2018

Adı Soyadı: Murat TUTAR

Öğrenci No: N13228977

Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Programı: Sağlık Yönetimi

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

(Prof. Dr. İsmet ŞAHİN)